

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg

Direktor: Professor Dr. med. F. P. Gall

und dem Carl-Korth-Institut
für Herz - Kreislauf - Erkrankungen

Vorstand: Professor Dr. med. E. Lang

UNTERSUCHUNG zum Urlaubs- und Reiseverhalten herzoperierter Patienten

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von

Karla Gebhardt

aus Witzenhausen (Hessen)

1983

1984 #307

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg

Direktor: Professor Dr. med. F. P. Gall

und dem Carl-Korth-Institut
für Herz - Kreislauf - Erkrankungen

Vorstand: Professor Dr. med. E. Lang

UNTERSUCHUNG zum Urlaubs- und Reiseverhalten herzoperierter Patienten

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von

Karla Gebhardt

aus Witzenhausen (Hessen)

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg

Dekan: Prof. Dr. F. Wolf
Referent: Prof. Dr. E. Lang
Korreferent: Prof. Dr. F.P. Gall

Tag der mündlichen Prüfung: 09.07.1984

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Einleitung	1
II. Methodik	3
III. Ergebnisse	6
1. Soziographische Merkmale	6
1.1. Geschlecht	6
1.2. Altersverteilung	6
1.3. Schulbildung	6
1.4. Beruf	7
1.5. Gemeindegröße	7
2. Beschwerden	7
2.1. Klassifikation nach NYHA	7
2.2. Subjektive Beurteilung des Befindens	8
3. Reiseaktivität	9
3.1. Reisehäufigkeit	9
4. Bestimmungsmerkmale des Reiseverhaltens	9
4.1. Alter	9
4.2. Beschwerden	9
4.3. Schulbildung	10
4.4. Beruf	10
4.5. Familienstand	10
4.6. Gemeindegröße	11
5. Reiseanalyse	11
5.1. Anzahl der angegebenen Reisen	11
5.2. Zeitraum zwischen Operation und erster Reise	11

5.3.	Reisedauer	12
5.4.	Beschwerden während der Reise	12
5.5.	Abbruch der Reise	12
6.	Reiseziel	13
6.1.	Einteilung der Reiseziele in Regionen	13
6.2.	Reiseziel in Abhängigkeit vom Alter	13
6.3.	Beschwerden und Reiseziel	13
7.	Reisemonat	14
7.1.	Anzahl der Reisenden pro Monat	14
7.2.	Reisemonat und Alter	14
7.3.	Reisemonat und Berufstätigkeit	14
7.4.	Reisemonat in Abhängigkeit vom Reiseziel	14
8.	Verkehrsmittel	15
8.1.	Art und Häufigkeit der Reise-Verkehrsmittel	15
8.2.	Wahl des Verkehrsmittels in Abhängigkeit vom Alter	15
8.3.	Häufigkeit von Angina pectoris und Wahl des Verkehrsmittels	15
8.4.	Reiseziel und Verkehrsmittel	16
9.	Sportliche Betätigungen auf Reisen	16
9.1.	Anzahl der sportlich aktiven Reisenden	16
9.2.	Sportarten	16
9.3.	Sportliche Betätigung und subjektives Befinden	17
9.4.	Sport und Alter	17
9.5.	Schwimmen bei vorhandenen Beschwerden	17
10.	Einstellung zum Reisen	18
10.1.	Stellungnahme zum Reisen	18
10.2.	Reisepläne für 1981	18

IV.	Diskussion	19
1.	Reisehäufigkeit	19
1.1.	Reiseintensität der Normalbevölkerung	19
1.2.	Einfluß der Herzoperation auf die Reiseintensität der Normalbevölkerung	19
1.3.	Einflußgrößen auf die Reiseintensität	20
2.	Bestimmungsmerkmale des Reiseverhaltens	21
2.1.	Alter	21
2.2.	Schulbildung	22
2.3.	Berufliche Tätigkeit	22
2.4.	Wohnortsgröße	22
2.5.	Bewertung des Einflusses soziographischer Merkmale auf die Reiseintensität	23
2.6.	Einfluß der Herzerkrankung	23
3.	Entscheidungsprozess für eine Urlaubsreise	25
4.	Reiseziel	26
4.1.	Entscheidungsprozess	26
4.2.	Herzerkrankung nach Wahl des Reiseziels	26
4.3.	Vergleich mit der Normalbevölkerung	26
4.4.	Empfehlungen der Touristikmediziner	27
5.	Reisezeit	32
5.1.	Entscheidungsprozess und Einflußfaktoren	32
5.2.	Wertung der Ergebnisse	33
6.	Reiseverkehrsmittel	34
6.1.	Entscheidungsprozess	34
6.2.	Vergleich der Herzoperierten mit der Normalbevölkerung	34
6.3.	Empfehlungen von medizinischer Seite	34

	Seite
7. Reisedauer	37
7.1. Bedeutung der Reisedauer aus medizinischer Sicht	37
7.2. Wertung der Untersuchungsergebnisse	37
8. Aktivitäten am Urlaubsort	39
8.1. Psychologische Überlegungen zum Verhalten im Urlaub	39
8.2. Vergleich der sportlichen Aktivitäten	40
8.3. Einfluß der Herzerkrankung auf sportliche Aktivitäten	40
8.4. Empfehlungen der Sportmediziner verglichen mit den Ergebnissen.	42
9. Bedeutung des Reisens	44
V. Zusammenfassung	47
VI. Abbildungen	49
VII. Literatur	96

I. Einleitung

Seit dem letzten Weltkrieg hat sich insbesondere die Herzchirurgie zu einem zahlenmäßig bedeutsamen und für die Kranken segensreichen Zweig der operativen Medizin entwickelt. Seit Beginn der 70er Jahre ist die jährliche operative Kapazität der deutschen Herzchirurgie von 1.975 (im Jahre 1970) auf 11.551 Eingriffe (im Jahre 1980) gestiegen. Das Spektrum möglicher Operationen umfaßt praktisch alle Herzleiden, von den angeborenen Fehlern über die Klappenleiden bis hin zur koronaren Herzkrankheit, wobei durch die chirurgische Intervention zunächst eine Linderung der subjektiven Beschwerden angestrebt wird. Häufig kann darüberhinaus die Herzkreislauffunktion verbessert werden, woraus auch eine Verlängerung der Lebenserwartung resultiert.

Nach erfolgreichem Eingriff ist der By-pass-operierte meist schmerzfrei, der Patient mit einer künstlichen Herzklappe belastbarer als präoperativ. Der körperliche Zustand hat sich also bei den meisten Patienten gebessert. Inwiefern aber wird auch die psychosoziale Situation des Herzoperierten positiv beeinflusst, inwiefern verbessert sich seine Lebensqualität durch die Operation?

Da eine kontinuierliche Begleitung des Patienten durch sachverständige Ärzte, die ihn zur Lebensentfaltung ermutigen, meist fehlt, ist der Patient in der Einschätzung seiner Leistungsfähigkeit deshalb auf sich selbst gestellt (65). Wie Speidel (65) herausfand, tendieren die Patienten eher zur Passivität.

Das würde bedeuten, daß sie auch solche Lebensgewohnheiten nicht wieder aufnehmen, die die Lebensqualität verbessern. Eine derartige Gewohnheit stellt das Reisen dar, das durch die Abwechslung, die es bietet, eine Bereicherung des Lebens bedeutet (19).

Die Frage der Lebensqualität nach Herzoperation soll deshalb anhand des Reiseverhaltens untersucht werden.

Außer Restriktionen und Verboten gibt es in der medizinischen Literatur derzeit keine Ratschläge für das Verhalten auf Reisen nach einer Herzoperation, die der zu diesem Problem befragte Arzt an seine Patienten weitergeben könnte. Auch populärwissenschaftliche Ratgeber für Herz-Kreislauf-Kranke sprechen das Thema "Herzerkrankung und Reisen" kaum an.

Anhand dieser Arbeit soll deshalb untersucht werden, wie sich der Herzoperierte selbst auf Reisen verhält, was er sich dabei zutraut und welche Risiken er dabei eingeht.

II. Methodik

Im Zeitraum von 1972 - 1980 wurden an der med. Klinik des Waldkrankenhauses St. Marien in Erlangen (Chefarzt Professor Dr. E. Lang) 636 Herzpatienten prä- und postoperativ internistisch versorgt. Die Herzoperationen wurden an der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg durchgeführt. Es handelt sich dabei zu Hälfte um den aortokoronaren Bypass einerseits und um Operationen an den Herzklappen andererseits.

Um das Urlaubsverhalten dieser Patienten untersuchen zu können, wurde von uns ein Fragebogen erstellt, der allen Herzoperierten mit der Bitte um Beantwortung der vorgegebenen Fragen zugeschickt wurde (Abbildung Fragebogen S. 90). Es wurden zunächst soziographische Merkmale der Befragten, wie Geschlecht, Alter, Schulbildung, Familienstand, Beruf bzw. Rente und Gemeindegröße erfaßt, denn Freizeit- und Urlaubsverhalten werden von diesen Bestimmungsgrößen beeinflusst (71, 82, 29).

Um die subjektive Einstellung der Befragten zum Thema "verreisen und Urlaub machen" beurteilen zu können, wurde eine Anzahl von Motiven zum Verreisen und Nichtverreisen vorgegeben, die als "zutreffend" bzw. "nicht zutreffend" bezeichnet werden sollten.

Die postoperative Beschwerdesymptomatik und -häufigkeit mit ihrem Einfluß auf das Reiseverhalten sollte mit Hilfe der Einteilung nach NYHA erfaßt werden. Die Patienten sollten ankreuzen, bei welcher Belastung Angina pectoris bzw. Atemnot auftrat, außerdem wurde nach der Häufigkeit der Beschwerden und dem subjektiven Befinden gefragt. Bei allen Fragen waren die Antwortmöglichkeiten vorgegeben, der Befragte sollte die für ihn zutreffende auswählen.

Da Reiseverhalten aber auch eine Gewohnheit darstellt (72) - besonders was die Regelmäßigkeit bzw. das Nie-Reisen betrifft, wurden auch Fragen zum diesbezüglichen Verhalten vor der Operation gestellt. So konnten bei der Auswertung Nie-Reisende und Nichtreisende nach der Operation unterschieden werden.

Ein Fragenkomplex war nur an die Nichtreisenden gerichtet. Sie sollten zu einer Reihe von vorgegebenen Gründen, die gegen eine Reise sprechen und überwiegend in Zusammenhang mit der Herzoperation stehen, Stellung nehmen. Außerdem wurde an sie die Frage gestellt, ob und wenn ja, wann eine Reise für sie denkbar wäre.

Diejenigen, die nach der Herzoperation Reisen unternommen hatten, sollten zu maximal drei Reisen Angaben machen. Bei den Reisen sollte es sich weder um Dienst- oder Geschäftsreisen noch um Rehabilitationskuren handeln, sondern lediglich um "Urlaubsreisen". Das Wort Urlaubsreise erschien insofern problematisch, da Urlaub ein Komplementärbegriff zu Arbeitszeit ist und nur diejenigen das Recht auf Urlaub haben, die in einem abhängigen Arbeitsverhältnis stehen (10, 75), ein Teil der Befragten aber sicher berentet ist, und dieses Recht somit nicht mehr geltend machen kann. So wurde nach Reisen oder Urlaub gefragt, Urlaub deshalb, um damit zu betonen, daß selbstgewählte Ziele und keine Dienstreisen gemeint sind.

Wer mehr als drei Reisen nach der Herzoperation gemacht hatte, sollte die drei längsten Reisen auswählen und möglichst mit der Beantwortung der Fragen zu der letzten durchgeführten Reise beginnen. Da von vornherein nicht abzusehen war, wieviele Patienten nach der Operation eine Reise unternommen hatten, die Zahl derer aber eher niedrig eingeschätzt wurde, wir andererseits aber möglichst viele Informationen zu durchgeführten Reisen erhalten wollten, wurde bewußt darauf verzichtet, nach einer Reise in einem bestimmten Jahr, z.B. Reise 1980, zu fragen. Andernfalls wäre ein großer Teil an Information verlorengegangen, da man nicht davon ausgehen konnte, daß die Mehrzahl der Befragten regelmäßig in jedem Jahr verreisen würde.

Reiseziel, -jahreszeit, -dauer, körperliche und sportliche Betätigung und aufgetretene Beschwerden sollten frei formuliert werden, bei Fragen nach Verkehrsmittel, Organisation, Begleitung und Unterkunft waren Antworten vorgegeben. Außerdem wurde nach den Reiseplänen für 1981 gefragt.

Die Verarbeitung der zurückgesandten Fragebögen mittels Computer zur Berechnung der deskriptiven Statistik erfolgte in der ANFOMED, Bräuningshof (Leiter: Dipl.Psychologe G.Burghardt).

Von den 636 angeschriebenen Patienten schickten 375 den Fragebogen innerhalb von zwei Wochen zurück. Tabelle 1 unterteilt diejenigen, die zum Reiseverhalten Stellung nahmen, nach der durchgeführten Operation. Die Gruppe "sonstige Operationen" umfaßt Verschuß eines ASD, VSD bzw. Ductus arteriosus botalli, Tricuspidal- und Pulmonalklappenersatz, Korrektur und Gefäßanomalien oder Aneurysmaektomie. Sie wird in der Untersuchung nur bei der Betrachtung des Gesamtkollektivs der herzoperierten Patienten berücksichtigt. Vergleiche werden zwischen den drei Hauptgruppen Koronarpatienten, Patienten nach Operation an der Mitralklappe und Patienten mit Aortenklappenersatz angestellt. Die Bypassoperierten stellen mit über 50 % das größte Kollektiv dar, ein Viertel machen die Mitralklappenoperierten Patienten und 13 % die Patienten mit künstlicher Aortenklappe aus.

III. Ergebnisse

1. Soziographische Merkmale

1.1. Geschlecht

Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, sind etwa ein Drittel der Befragten weiblichen und zwei Drittel männlichen Geschlechts. Der wesentlich höhere Anteil von Männern ist damit zu erklären, daß Bypassoperationen faßt nur bei Männern gemacht wurden, die wiederum die am häufigsten durchgeführte Operation darstellen. Vitien kommen bekannterweise bei Frauen häufiger vor, die Gruppe der Vitienoperierten besteht aber nicht ausschließlich aus Frauen.

1.2. Altersverteilung

In Tabelle 3 ist die Altersverteilung für die Gruppe der Koronarpatienten, der Mitraloperierten und der Patienten mit Aortenklappenersatz dargestellt. Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen ergeben sich insofern, als die jüngste Altersgruppe (unter 40 Jahre) fast nur von den Vitienpatienten und die älteste Gruppe der 70 Jahre und Älteren nahezu ausschließlich von Koronarpatienten gebildet wird. Diese Abweichung ist aber insofern bedeutungslos, als beide Gruppen zahlenmäßig sehr klein sind. Die häufigste Altersgruppe bilden mit fast 50 % die 50-59jährigen. Insgesamt sind annähernd drei Viertel aller Befragten 50 Jahre und älter.

1.3. Schulbildung

Mehr als drei Viertel der Befragten gaben bei der Frage nach der Schulbildung "Volksschule" an. 13 % absolvierten die Realschule, 9 % legten das Abitur ab (Tabelle 4).

1.4. Beruf

Mehr als die Hälfte der Befragten ist erwerbsunfähig und bezieht somit eine Dauerrente (Tabelle 5). Das sind mehr, als man aus der Altersverteilung (Tabelle 3) erwarten würde. Knapp ein Drittel gab an, berufstätig zu sein, etwa 10 Prozent beziehen eine Zeitrente. Der Anteil der Arbeitslosen liegt unter dem Bundesdurchschnitt. Unterschiede zwischen den drei Hauptgruppen ergeben sich nur insofern, als in der Gruppe "Mitralpatienten" der Anteil der Erwerbsunfähigen größer und der Berufstätigen kleiner ist. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß zwei Drittel der Befragten nicht berufstätig sind. Die aus dieser Tatsache hervorgehende finanzielle Situation und die terminliche Ungebundenheit sind bei der Betrachtung des gewählten Reisemonats zu berücksichtigen.

1.5. Gemeindegröße

43 % der Patienten wohnen in Gemeinden mit weniger als 10.000 Einwohner, 37 % kommen aus Städten mit 10-100.000 Einwohnern und 20 % aus Städten über 100.000 Einwohnern. So sind fast die Hälfte der Befragten als ländliche Bevölkerung zu bezeichnen und nur 20 % als Städter. Die meisten der Befragten wohnen im Bundesland Bayern.

2. Beschwerden

2.1. Klassifikation nach NYHA

Die Befragten wurden aufgefordert, ihre Beschwerden einer der vier Gruppen der NYHA-Klassifikation zuzuordnen. Einige der Befragten beantworteten diese Frage überhaupt nicht, wobei man dieses Nichtbeantworten entweder so bewerten kann, daß die Frage als nicht zutreffend angesehen wurde, weil der Befragte keine Beschwerden hatte, oder die Frage nicht verstanden wurde. Viele Patienten kreuzten sowohl Beschwerden im Sinne von NYHA II als auch NYHA III an, woraus sich in der Gruppe der Koronarpatienten

eine höhere Anzahl von Antworten als Befragte ergab. Patienten ihre Beschwerden in die NYHA-Klassifikation einordnen zu lassen, ist also problematisch. Die Einordnung der Beschwerdesymptomatik nach NYHA scheint nur durch ein persönliches Gespräch mit einem Arzt im Rahmen einer Untersuchung möglich zu sein. Es liegt aber eine Statistik der Beschwerdesymptomatik nach NYHA von den in der Chirurgischen Klinik Erlangen operierten Patienten vor, die auch für die hier Befragten zutreffend sein müßte. Sie ergibt sich aus einer Beurteilung des Schweregrades ein Jahr postoperativ. Diese Angaben sind häufig durch Telefongespräche ermittelt worden. Dieser Untersuchung zufolge sind etwa zwei Drittel aller Bypassoperierten beschwerdefrei. Bei den Vitienoperierten treten Beschwerden bei schwerer körperlicher Belastung im Sinne NYHA II bei etwa 75 % mit Aortenklappenersatz und bei 60 % mit künstlicher Mitralklappe auf, bei leichter Belastung verspüren 25 % der Aortenklappen und 37 % der Mitraloperierten Angina pectoris (35, 62). Man kann zusammenfassend sagen, daß ein Teil der befragten Koronarpatienten beschwerdefrei ist, die Befragten mit einem Vitium aber in der Regel Beschwerden bei schwerer und einige auch bei leichter Belastung verspüren, die Patienten nach Ersatz der Aortenklappe insgesamt leichtere Beschwerden haben als die Mitraloperierten.

2.2. Subjektive Beurteilung des Befindens

Fast 70 % der Befragten gaben an, daß sie sich nach der Operation besser als vorher fühlen (Tabelle 8). Mit steigendem Alter wächst der Anteil derer, die sich durch die Operation gebessert fühlen. Nur knapp 10 % fühlen sich schlechter. Es sind vor allem jüngere Patienten, die ihr jetziges Befinden als schlechter bezeichnen.

3. Reiseaktivität

3.1. Reisehäufigkeit

Mehr als 50 % der Befragten unternahmen sowohl vor als auch nach der Operation Reisen (Tabelle 9). Von denen, die nach der Operation nicht verreist waren, sind etwa 15 % den Nie-Reisenden zuzurechnen. Zwischen den drei Gruppen Koronarpatienten, Aortenklappen- bzw. Mitralklappenoperierten ergaben sich keine größeren Unterschiede. Da die Herzoperation das Reiseverhalten der Nie-Reisenden nicht beeinflußt hat, werden sie in Tabelle 10 nicht berücksichtigt. Etwa zwei Drittel der Befragten, die bereits vor der Operation verreist waren, gaben an, auch danach Reisen gemacht zu haben. Zwischen Koronarpatienten und Vitienoperierten konnten hinsichtlich der Reiseaktivität keine Unterschiede festgestellt werden.

4. Bestimmungsmerkmale des Reiseverhaltens

4.1. Alter

In der jüngsten Altersgruppe, in der der 40-49jährigen, ist zwar der Anteil der Reisenden nach der Operation mit 87 % am höchsten, ansonsten ist aber das Reisen nach der Operation unabhängig vom Alter (Tabelle 11). Es ist nicht so, wie man vielleicht erwartet hätte, daß Reiseaktivität mit steigendem Alter kontinuierlich abnimmt.

4.2. Beschwerden

Zwischen Häufigkeit von angegebenen Beschwerden im Sinne einer Angina pectoris und der Reiseaktivität nach der Operation besteht kein Zusammenhang. Selbst von denen, die mehr als dreimal pro Woche Angina pectoris verspüren, unternahmen mehr als die Hälfte eine Reise nach der Herzoperation (Tabelle 2). Auch das subjektive Befinden hat keinen großen Einfluß auf Verreisen oder Nicht-

verreisen (Tabelle 13). Lediglich die, die sich schlechter als vor der Operation fühlen, geben etwas häufiger an, nicht verreist gewesen zu sein. Die Auswertung der Untersuchung der Abhängigkeit der Reiseaktivität vom Beschwerdegrad nach NYHA ist, wie schon erwähnt, insofern problematisch, als die Befragten mit der Einordnung ihrer Beschwerden in die NYHA-Klassifikation überfordert waren. Auf eine Tabelle wurde deshalb an dieser Stelle verzichtet.

4.3. Schulbildung

Das Reiseverhalten wurde von der Schulbildung beeinflusst, wenn auch die niedrigen absoluten Zahlen der Realschüler und Abiturienten nur eine begrenzte Aussage erlauben (Tabelle 14). Nach der Operation verreisen von den Abiturienten, die auch schon vor der Operation verreist waren, alle wieder, von den Volksschülern sind es nur etwa zwei Drittel.

4.4. Beruf

Der Anteil der Berufstätigen, die verreisen, ist etwas größer als der der verreisenden Erwerbsfähigen (Tabelle 15). Hierbei muß aber berücksichtigt werden, daß die Berufstätigen jünger sind und vor allem der Altersgruppe der 40-49jährigen zuzuordnen sind. Auch diese Altersgruppe reist etwas häufiger - wie schon bei der Besprechung von Tabelle 11 erwähnt wurde. Auffällig ist, daß eine Zeitrente keinen Einfluß auf die Entscheidung für eine Reise hat.

4.5. Familienstand

Da über 80 % der Befragten verheiratet und nur wenige ledig, verwitwet oder geschieden sind, kann man die Gruppen nicht gut miteinander vergleichen. Auffällig ist, daß die Verwitweten sich hinsichtlich ihrer Reiseaktivität nicht unterscheiden, obwohl man doch annehmen würde, daß der Tod des Ehepartners und früheren Reisebegleiters das Reiseverhalten beeinflussen könnte.

4.6. Gemeindegröße

Zwischen Größe des Wohnortes und der Reisehäufigkeit nach der Operation besteht ein Zusammenhang (Tabelle 17). Von den Bewohnern von Städten über 100.000 Einwohnern reisen nach der Operation fast dreiviertel von denen, die vorher verreist waren, von der ländlichen Bevölkerung sind es etwa 60 %. Der Unterschied zwischen ländlicher Bevölkerung und Großstadtbevölkerung ist deshalb nicht so groß wie erwartet, weil die Nie-Reisenden nicht berücksichtigt wurden.

5. Reiseanalyse

5.1. Anzahl angegebener Reisen

Die Befragten hatten die Möglichkeit, auf dem Fragebogen maximal drei Reisen, die sie nach der Herzoperation gemacht hatten, anzugeben. Bei der Auswertung fiel auf, daß einige die Mühe des Ausfüllens scheuten. Der Anteil der Häufig-Reisenden dürfte eher etwas höher sein als ermittelt werden konnte. Knapp 60 % aller Befragten machten Angaben zu einer Reise, zwischen 30 % (Koronarpatienten) und 46 % (Patienten nach Aortenklappenersatz) führten zwei Reisen auf, drei Reisen wurden von 19 % der Koronarpatienten und 30 % der Vitienoperierten angegeben (Tabelle 18). Bei der Bewertung der Häufigkeit von Mehr-Reisenden muß berücksichtigt werden, daß der Zeitraum zwischen Operation und Befragung für die Koronarpatienten im Durchschnitt kürzer war. Abgesehen von den Koronarpatienten gaben mehr als die Hälfte der befragten Reisenden drei Reisen an.

5.2. Zeitraum zwischen Operation und erster Reise

Etwa die Hälfte der Befragten, die nach der Operation eine Reise unternommen hatten, verreisten bereits ein Jahr nach der Operation wieder (Tabelle 19). Mehr als 80 % hatten nach 3 Jahren eine Reise unternommen, nur bei einzelnen war der Zeitraum zwischen der Operation und der ersten Reise länger als drei Jahre.

5.3. Reisedauer

Bei der Auswertung wurde nur die erste angegebene Reise berücksichtigt. Fast die Hälfte der Befragten verreisten zwischen 7 und 14 Tagen, je 20 % weniger als 7 Tage bzw. 14 bis 21 Tage (Tabelle 20). Insgesamt verreisten etwa zwei Drittel der Herzoperierten bis zu 14 Tage, fast 90 % der angegebenen Reisten waren kürzer als 22 Tage. Die durchschnittliche Reisedauer der Koronarpatienten unterschied sich nicht wesentlich von der der Vitienoperierten.

5.4. Beschwerden während der Reise

Knapp ein Drittel der Befragten gaben an, daß während der Reise Beschwerden auftraten (Tabelle 21). Die Art der Beschwerden sollte frei formuliert werden. Fast zwei Drittel der Angaben entfielen auf Angina pectoris und Atemnot, also auf Beschwerden, die wohl in unmittelbarem Zusammenhang mit der Herzerkrankung stehen. Ein Drittel gab sehr unterschiedliche Beschwerden, wie Durchblutungsstörungen, Gelenkschmerzen, Kreislaufbeschwerden, Wetterfühligkeit, Wundschmerzen und Angstgefühle an. Nur ein Patient klagte über Herzrhythmusstörungen.

Zwischen Vitien- und Koronarpatienten ergaben sich hinsichtlich Beschwerdehäufigkeit und -art keine nennenswerten Unterschiede. Die Vitienoperierten hatten also nicht, wie man vielleicht erwartet hätte, häufiger Beschwerden.

5.5. Abbruch der Reise

Knapp 5 % aller Befragten, die eine Reise unternahmen, brachen ihre Reise ab, das sind etwa 15 % von denen, die Beschwerden angaben (Tabelle 22). Ob der Reiseabbruch aber nur aufgrund von Beschwerden erfolgte, oder andere mögliche private Gründe dazu führten, wurde nicht angegeben.

6. Reiseziel

6.1. Einteilung der Reiseziele in Regionen

Die genannten Reiseziele wurden in fünf Hauptregionen eingeteilt. Die Region I (Alpen und Voralpen) wurde dabei nochmals unterteilt in deutsche Alpen, Österreich, andere Alpenländer (Südtirol, Schweiz, Französische Alpen).

Es wurden nur Reisen mit selbst gewähltem Ziel berücksichtigt, Verwandtenreisen wurden folglich ausgeschlossen. In Tabelle 23 sind die Reiseziele zunächst nach Region, dann nach Inland bzw. Ausland aufgeführt. Zwischen den Befragten mit operiertem Vitium und Koronarpatienten ergaben sich keine Unterschiede.

Fast die Hälfte der Befragten verbrachte den Urlaub in den Alpen bzw. Voralpen. Österreich war unter den Alpenländern am beliebtesten. An zweiter Stelle steht Südeuropa (Italien, Jugoslawien, Spanien und Griechenland). Dorthin fuhren knapp ein Viertel der Befragten. Im Mittelgebirge verbrachten weniger als 20 % (zwischen 11 - 19 %) ihren Urlaub.

Nord- und Ostsee wurden mit etwa 6 % genauso häufig wie Reiseziele außerhalb Europas angegeben.

Etwa 40 % der Befragten verbrachten ihren Urlaub im Inland, 60 % waren im Ausland. Auf Österreich- und Inland-Urlauber entfielen etwa 60 %.

6.2. Reiseziel in Abhängigkeit vom Alter

Die Wahl des Reiseziels war in unserer Untersuchung unabhängig vom Alter (Tabelle 24). Alle Befragten waren jedoch 40 Jahre und älter und sind somit wohl insgesamt zu den älteren Reisenden zu zählen.

6.3. Beschwerden und Reiseziel

Zwischen aufgetretenen Beschwerden und angegebenem Reiseziel konnte keine Abhängigkeit festgestellt werden (Tabelle 25). Beschwerden traten bei denen, die ihren Urlaub im Mittelgebirge verbrachten, genauso häufig auf

wie bei denen, die in die Alpenländer reisten. Die sehr selten geäußerten wetterabhängigen Beschwerden traten nicht in bestimmten Regionen häufiger auf.

7. Reisemonat

7.1. Anzahl der Reisenden pro Monat

Fast die Hälfte der Befragten reiste in der Zeit zwischen Juli und September (Tabelle 26). Etwa ein Drittel unternahm die angegebene Reise in den Monaten April, Mai, Juni. Die Hauptreisezeit wird also auch bei den Herzoperierten eindeutig bevorzugt. Der Monat September wurde deshalb zur Hauptreisezeit gezählt, weil in Bayern die Schulferien bekanntlich etwa bis Mitte dieses Monats dauern. Von Januar bis März reisten mit etwa 10 % der Befragten mehr als vom Oktober bis Dezember (ca. 5 %).

7.2. Reisemonat und Alter

Das Alter hat nur insofern einen Einfluß auf die Wahl der Reisezeit, als die jüngste Altersgruppe, die 40-49jährigen, durchschnittlich häufiger während der Monate Juli, August, September und weniger während der Frühjahrsmonate reiste. Bemerkenswert ist, daß auch die über 60jährigen die Hauptsaison bevorzugten (Tabelle 27).

7.3. Berufstätigkeit

Die Wahl des Reisemonats ist unabhängig von der Ausübung eines Berufs (Tabelle 28). Auch die Nichtberufstätigen bevorzugen die Monate Juli, August, September als Reisezeit.

7.4. Reisemonat in Abhängigkeit vom Reiseziel

Unabhängig vom Reiseziel fuhren etwa die Hälfte der Befragten von Juli bis September in den Urlaub. Selbst diejenigen, die es in wärmere Klimazonen, wie Südeuropa, zieht, bevorzugen die heißesten Monate. Ein großer Teil der Fernreisenden unternahm die Reise im Dezember, in die-

sem Monat ist auf der südlichen Hemisphäre Sommer!

8. Verkehrsmittel

8.1. Art und Häufigkeit der Reise-Verkehrsmittel

Das Auto ist mit Abstand das beliebteste Verkehrsmittel, um den Urlaubsort zu erreichen (Tabelle 30). Etwa 60 % der Befragten gaben an, im eigenen PKW gereist zu sein. Mit der Eisenbahn fuhren 15 % und mit dem Bus etwa 10 % zu ihrem Urlaubsziel, ebenfalls etwa 10 % nahmen das Flugzeug. Bei den Autoreisenden wurde zwischen Selbstfahrern und Mitfahrern unterschieden. Dabei fällt auf, daß bei den Koronarpatienten zwei Drittel das Fahrzeug selbst steuerten, bei den Vitienpatienten waren es weniger als die Hälfte. Die Erklärung dafür geht aus Tabelle 31 hervor, in der Frauen und Männer getrennt aufgeführt werden. Die Gruppe der Selbstfahrer besteht zum überwiegenden Teil aus Männern, ebenso die Gruppe der Koronarpatienten. Die Mitfahrer sind unter den Frauen stärker repräsentiert, Patienten mit einem Vitium eher weiblichen Geschlechts.

8.2. Wahl des Verkehrsmittels in Abhängigkeit vom Alter

Die Wahl des Verkehrsmittels war bei den Befragten unabhängig vom Alter (Tabelle 32). Selbst die über 60jährigen fahren in der Mehrheit mit dem Auto in den Urlaub und steuern ihr Fahrzeug dabei selbst. Der Anteil der Bus- und Bahnreisenden steigt nur geringfügig mit dem Alter an. Überraschenderweise reiste aber von den 70 Jahr und älteren kein einziger mit der Bahn!

8.3. Häufigkeit von Angina pectoris und Wahl des Verkehrsmittels

Bei der Wahl des Verkehrsmittels gibt es zwischen den beschwerdefreien und denjenigen, die nicht mehr als dreimal pro Woche Angina pectoris verspüren, keinen Unterschied. In der Gruppe derer, die mehr als dreimal pro Woche unter Angina pectoris leiden, verschiebt sich das Verhält-

nis Selbstfahrer - Mitfahrer etwas zugunsten der Mitfahrer. Dabei muß aber Tabelle 31 berücksichtigt werden, die eine Abhängigkeit des Selbst- oder Mitfahrens vom Geschlecht zeigt.

Von dem unterschiedlichen Anteil Selbstfahrer und Beifahrer abgesehen, besteht kein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Beschwerden im Sinne einer Angina pectoris und Wahl des Verkehrsmittels.

8.4. Reiseziel und Verkehrsmittel

Etwa 80 % der Urlaubsreisenden, deren Reiseziel in den Alpen oder dem Mittelgebirge lag, fuhren mit dem PKW. Von den Südeuropa-Reisenden fuhren dagegen nur 56 % mit dem Auto, denn 30 % erreichten dieses Urlaubsziel mit dem Flugzeug. Fast alle Fernreisenden erreichten ihr Urlaubsziel mit dem Flugzeug.

Der hohe Anteil derjenigen, die Nord- und Ostsee mit der Bahn erreichten, ist bei der niedrigen Gesamtzahl der Nord- und Ostsee-Urlaubern mit $N = 10$ wohl zufallsbedingt.

9. Sportliche Betätigung auf Reisen

9.1. Anzahl der sportlich aktiven Reisenden

Etwa ein Drittel der Befragten gaben an, daß sie sich im Urlaub sportlich betätigt hatten (Tabelle 35). Zwischen Vitienoperierten und Koronarpatienten gab es, was die Häufigkeit der Angabe einer ausgeführten Sportart betraf, keine Unterschiede.

Mehr als zwei Drittel führten als körperliche Betätigung "Spaziergehen" an. Spaziergehen wurde aber bei der Auswertung nicht als sportliche Aktivität anerkannt.

9.2. Sportarten

Die Befragten sollten frei formuliert die im Urlaub ausgeübten Sportarten nennen. Es wurden Schwimmen, Wandern, Skifahren, Golf, Tennis und Tischtennis genannt. Die meisten nannten Schwimmen als sportliche Betätigung, Wandern war

die zweithäufigste Sportart. Skifahren, Golf, Tennis und Tischtennis wurde nur von Koronarpatienten angegeben, ersteres am häufigsten (Tabelle 36).

9.3. Sportliche Betätigung und subjektives Befinden

Von denjenigen Koronarpatienten, die eine Urlaubsreise angaben, beurteilten 70 % ihr Befinden besser als vor der Operation. Eine sportliche Betätigung gaben 61 % der sich besser Fühlenden an. 21 % der Verreisten beurteilen das subjektive Befinden etwa gleich wie vor der Operation. Aus dieser Gruppe betätigten sich 43 % sportlich. Von den 3 % der Reisenden, die ihr Befinden als schlechter im Vergleich mit ihrem Zustand vor der Operation bezeichneten, gab keiner eine sportliche Aktivität an (Tabelle 37).

9.4. Sport und Alter

Die Zahl derer, die sich im Urlaub sportlich betätigen, nimmt mit steigendem Alter ab (Tabelle 38). Waren es von den 40-49jährigen noch 50 %, die sich sportlich betätigen, so waren es bei den 60-69jährigen nur noch 20 %, bei den über 70jährigen gab nur ein einziger der Befragten eine Sportart an. Da Schwimmen mit Abstand die beliebteste Sportart war, wurde im weiteren untersucht, ob auch eine Altersabhängigkeit besteht (Tabelle 38). Die relativ geringen Zahlen lassen zumindest die Aussage zu, daß Schwimmen in jedem Alter als Sportart ausgeübt wird.

9.5. Schwimmen bei vorhandenen Beschwerden

Von denen, die Schwimmen als ausgeübten Sport angaben, sind über die Hälfte beschwerdefrei, etwa ein Drittel verspürt bis zu dreimal pro Woche Angina pectoris, 10 % klagen mehr als dreimal pro Woche über Angina (Tabelle 39). Schwimmen wurde trotz Beschwerden im Sinne einer Angina pectoris als Sport im Urlaub ausgeübt.

10. Einstellung zum Reisen

10.1. Stellungnahme zum Reisen

Um annähernd die Bedeutung der Reise für den Einzelnen erfassen zu können, wurden zwei Stellungnahmen zum Reisen und die Reisepläne für 1981 ausgewertet (Tabelle 40 und 41). Fast drei Viertel der Befragten freuen sich das ganze Jahr auf ihre Urlaubsreise, und etwa ebenso viele fühlen sich nach einer Reise gesundheitlich besser.

10.2. Reisepläne für 1981

Nahezu alle Befragten, die nach der Operation verreist waren, hatten eine Reise für 1981 geplant oder schon durchgeführt. Weniger als 5 % wollten nicht verreisen. Die Bewertung der Reise wie auch die Reisepläne waren bei Koronarpatienten und Vitienoperierten etwa gleich.

IV. Diskussion

1. Reisehäufigkeit

1.1. Reiseintensität der Normalbevölkerung

Seit dem Jahre 1971 werden regelmäßige Repräsentativerhebungen über das Reiseverhalten der westdeutschen Bevölkerung durchgeführt. Seit diesem Zeitpunkt wird vom Studienkreis für Tourismus eine jährliche Reiseanalyse erstellt (72). Auf die Ergebnisse der Reiseanalysen 1980, 1979 und 1975 wird bei Vergleichen der Herzoperierten mit der westdeutschen Bevölkerung im folgenden zurückgegriffen werden (17, 32, 23).

Datzer (17) definierte in seinen Ergebnissen der Reiseanalyse Reiseintensität als eine Größe, die den prozentualen Anteil der Bevölkerung über 14 Jahre mißt, der im Laufe eines Kalenderjahres mindestens eine Urlaubsreise unternommen hat. Diese Dichotomisierung hat den Nachteil, nicht erklären zu können, ob die festgestellten Verhaltensunterschiede konstant oder variabel verlaufen. Nicht alle Personen, die zum Erhebungszeitpunkt zu der Gruppe der Reisenden gezählt werden, unternahmen jährlich eine oder mehrere Reisen. Hahn und Hartmann (29) meinen, daß etwa zwei Fünftel der Reisenden hin und wieder keine Reise unternehmen. Auch die Gruppe der Nichtreisenden setzt sich aus Personen zusammen, die zumindest in größeren Abständen eine Reise unternehmen und jenen, die über keinerlei Reiseerfahrung verfügen (72).

Bei der Untersuchung der Reiseintensität der Herzoperierten werden deshalb die Nichtreisenden in Nie-Reisende und Nichtreisende im Zeitraum nach der Operation unterteilt.

1.2. Einfluß der Herzoperation auf die Reiseintensität

Das Urlaubsverhalten der Nie-Reisenden ist konstant, die Herzoperation beeinflusste dieses Verhalten nicht. Zur Erfassung und Erklärung des Verhaltens der notorischen Nichtreisenden sind in besonderem Maße sozial-, persönlichkeits- und motivationspsychologische Unter-

suchungen notwendig, auf die aber an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden soll. Die meisten der Herzoperierten reisten sowohl vor als auch nach der Operation. Die Operation hat also zumindest nicht dazu geführt, daß Reisegewohnheiten aufgegeben wurden, inwiefern die Reiseintensität beeinflußt wurde, konnte nicht erruiert werden, da nicht ein Jahr, sondern der gesamte Zeitraum nach der Operation untersucht wurde. Am schwierigsten zu analysieren ist die Gruppe derer, die vor, aber nicht nach der Operation verreisten. Unter Berücksichtigung der schon erwähnten Tatsache, daß Reiseverhalten variabel ist, erscheint es unwahrscheinlich, daß die Operation die einzige Erklärung für das Nichtreisen im Erhebungszeitraum war. Auch aus einer Untersuchung des Infas-Institutes aus dem Jahre 1970 (72) geht hervor, daß der Zeitpunkt der letzten Urlaubsreise für etwa 20 % der Befragten mehr als drei Jahre zurücklag. Daraus folgt aber, daß von der Herzoperation unabhängige Faktoren als Ursache für diese Variabilität des Reiseverhaltens untersucht werden müssen. Datzer weist darauf hin, daß sich zum Teil erhebliche Unterschiede ergeben, wenn man die Reiseintensität einzelner Bevölkerungsgruppen betrachtet (17).

1.3. Einflußgrößen auf die Reiseintensität

Wohlmann (72) stellte einen engen Zusammenhang fest zwischen den Merkmalen Alter, Bildung, Einkommen sowie der Wohnortsgröße und der Reiseintensität. Von Schmitz-Scherzer (72) wurden diese vier Variablen als klassische Einflußgrößen bezeichnet. In den Reiseanalysen des Studienkreises für Tourismus (17) wurden neben den schon genannten noch andere soziographische Merkmale wie Geschlecht, Familienstand, soziale Schicht, Haushaltsstruktur, Religion, Bundesland berücksichtigt. Vor allem die klassischen Einflußgrößen wurden auch bei der Reiseanalyse der Herzoperierten erfaßt. Bevor diese soziographischen Merkmale analysiert werden, soll zunächst erläutert werden, in welchen Merkmalen sich das hier analysierte Kollektiv der Herzoperierten von der Normalbevölkerung erheblich unterscheidet.

Alle hier Befragten wurden im Zeitraum zwischen 1972 und 1980 am Herzen operiert. Fast alle Herzoperierten sind zum Zeitpunkt der Befragung 40 Jahre und älter, das Maximum in der Altersverteilung liegt zwischen dem 50. und 59. Lebensjahr (Tabelle 3). Bei der Geschlechtsverteilung (Tabelle 2) ist das männliche Geschlecht mit zwei Drittel eindeutig überrepräsentiert. Knapp zwei Drittel der Befragten sind nicht erwerbstätig, die überwiegende Mehrheit hat ihren Hauptwohnsitz im Bundesland Bayern.

2. Bestimmungsmerkmale des Reiseverhaltens

2.1. Alter

Die jüngste Altersgruppe aus dem Kollektiv der Herzoperierten, die 40-49jährigen, reiste häufiger als die über 50jährigen. Zwischen 50-59jährigen und 60-69jährigen ergab sich kein Unterschied in der Reiseintensität.

In der Reiseanalyse 1980 des Studienkreises für Tourismus (17) wird darauf hingewiesen, daß die Reiseintensität nach Überschreiten des 50. Lebensjahres deutlich nachläßt. Die 50-59jährigen unterscheiden sich jedoch kaum von den 60-69jährigen, die über 70jährigen reisen wiederum signifikant weniger als die 50-69jährigen.

Die im Vergleich zu den 60-69jährigen niedrigere Reiseintensität der über 70jährigen konnte bei den Herzoperierten nicht gefunden werden. Ein wichtiger Grund für diese Abweichung ist die geringe absolute Zahl der über 70jährigen.

Wie schon Untersuchungen der Normalbevölkerung zeigten, so ging auch aus dieser Befragung der Herzoperierten hervor, daß die Reisetätigkeit mit dem Überschreiten des 50. Lebensjahres nachläßt. Datzer (17) erklärt dieses Nachlassen der Reiseintensität damit, daß im Alter Reisen als beschwerlicher empfunden wird.

2.2. Schulbildung

Schulbildung kann sicher nicht isoliert als eine die Reiseintensität beeinflussende Variable angesehen werden. So führt eine bessere Schulbildung häufig zu einem qualifizierteren Beruf, der wiederum ein höheres Einkommen mit sich bringt. Die soziographischen Merkmale stehen also zum Teil im Zusammenhang miteinander, der bei einer isolierten Betrachtung einer Einflußgröße nicht zum Tragen kommt. Je höher die Schulbildung, desto intensiver die Reisetätigkeit. Diese schon immer gültige Aussage trifft sowohl für die Herzoperierten (Tabelle 14) als auch für die Normalbevölkerung zu.

2.3. Berufliche Tätigkeit

Wer mehr Geld zur Verfügung hat, wird natürlich auch eher im Urlaub verreisen können als derjenige, der so gerade die lebensnotwendigen Ausgaben bestreiten kann. Das ist sicher eine Erklärung dafür, daß Berufstätige häufiger reisen als Erwerbsunfähige oder Zeitrentner. Aber auch hier darf der Zusammenhang zwischen Rente und höherem Alter, die beide die Reiseintensität negativ beeinflussen, nicht übersehen werden. Daß Rentner weniger reisen, kann aber nicht nur durch das höhere Alter erklärt werden, denn die jüngeren Zeitrentner reisen auch weniger als Berufstätige.

2.4. Wohnortsgröße

Ob man verreist oder lieber zu Hause bleibt, hängt entscheidend von den Wohnverhältnissen ab, in denen man lebt. Wer in der Großstadt bzw. in einem Industriegebiet wohnt, hat sehr viel stärker das Bedürfnis, seine Umgebung wenigstens einmal im Jahr hinter sich zu lassen, als derjenige, der auf dem Lande lebt und das ganze Jahr über günstige Voraussetzungen zur Erholung vorfindet. Der oben genannte Zusammenhang geht zwar auch aus der Untersuchung der Herzoperierten hervor, die Abweichungen sind aber deshalb nicht so erheblich, da die Nie-Reisenden

nicht berücksichtigt wurden. Ihr Anteil ist aber gerade unter der ländlichen Bevölkerung besonders hoch. Außerdem wohnen fast alle Befragten im Bundesland Bayern, das die zweitniedrigste Reiseintensität aller Bundesländer aufweist (17). Bayern ist insgesamt ländlicher und weist weniger reine Industrieballungsgebiete wie das Ruhrgebiet auf. Den krassen Übergang zwischen Stadt und Land gibt es gerade im fränkischen Raum nicht. Darüberhinaus kann der Zusammenhang zwischen Wohnortsgröße und Reiseverhalten auch teilweise darauf zurückgeführt werden, daß sich die Bevölkerung in ländlichen Gebieten sowohl im Hinblick auf Alter und Bildung als auch auf Einkommen und Beruf oft nicht unerheblich von der aus städtischen Regionen unterscheidet.

2.5. Bewertung des Einflusses soziographischer Merkmale auf die Reiseintensität

Insgesamt konnte gezeigt werden, daß soziodemographische Merkmale wie Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit und Wohnortsgröße die Reiseintensität zwar beeinflussen, die alleinige Betrachtung jeweils einer Einflußgröße erschien jedoch problematisch.

Schmitz-Scherzer (72) weist darauf hin, daß neuere Belege eher dafür sprechen, daß sich insbesondere ökonomische Einstellungen oder Konsumorientierungen einschränkend auf das Reiseverhalten auswirken. Als plausible Erklärung für unterschiedliche Reisegewohnheiten reichen die soziographischen Merkmale allein aber sicher nicht aus. Hahn (29) zitierte in diesem Zusammenhang die Äußerung von Lang, welcher meinte, daß bei Urlaub und Erholung bedeutend mehr Zusammenhänge mit Merkmalen des menschlichen Lebens eingehen, als bisher bei den hier forschenden Disziplinen erkennbar ist.

2.6. Einfluß der Herzerkrankung

In einem Merkmal des menschlichen Lebens unterscheidet sich die hier untersuchte Gruppe grundlegend vom Normalkollektiv, nämlich dem des Herzleidens. Es soll daher im Folgenden der Einfluß der Herzerkrankung auf

die Reiseintensität diskutiert werden. Daß die Vitienoperierten häufiger als die Koronarpatienten reisten, läßt schon die Vermutung zu, daß zwischen Beschwerdegrad und Reiseintensität keine negative Korrelation besteht. Diejenigen Befragten, die keine Beschwerden im Sinne einer Angina pectoris verspüren, reisten zwar häufiger als Patienten mit Beschwerden, doch es ist sicher auch wieder problematisch, den Parameter Beschwerden isoliert zu betrachten. Beschwerdefreie Patienten sind eher berufstätig und die Berufstätigen wiederum gehören zu den Jüngeren des Kollektivs. Die Häufigkeit der Beschwerden im Sinne einer Angina pectoris beeinflußt jedenfalls die Reiseintensität nicht negativ. Das subjektive Befinden, das sich-schlechter-Fühlen nach der Operation, scheint eher ein Gegenmotiv zum Reisen zu sein als Angina pectoris-Beschwerden. Aber sowohl die geringe Zahl derer, die sich schlechter fühlen, als auch wiederum die isolierte Betrachtung dieses Parameters machen die Beurteilung problematisch. Daß Beschwerden und die Herzoperation das Reisen aber nicht entscheidend negativ beeinflussen, beweist sicher die hohe Zahl derer, die sowohl vor als auch nach der Operation reisten. Insgesamt trifft für die Herzoperierten wie auch für die Normalbevölkerung zu, daß durch eine Summe von Motiven und Gegenmotiven Reiseverhalten nicht hinreichend erklärt werden kann, daß wir, wie Schmitz-Scherzer (72) meinte, über die Wichtigkeit und Gewichtigkeit von Einzelmotiven nicht hinreichend orientiert sind und daß Motivation zum Verreisen stets eingebettet in soziologische, sozialpsychologische, entwicklungspsychologische und persönlichkeitspsychologische Bezüge zu betrachten ist. Umgekehrt kann gleiches Verhalten verschiedene Motivationen haben (72). Der Einfluß der Herzoperation und des Herzleidens auf die Reiseverhalten kann daher nicht isoliert erklärt werden. Es konnte aber umgekehrt gezeigt werden, daß die klassischen Einflußgrößen auch für die Herzoperierten zutreffen.

3. Entscheidungsprozeß für die Urlaubsreise

Im Folgenden soll untersucht werden, ob sich die Herzoperierten von der Normalbevölkerung in ihrer Art zu reisen unterscheiden. Bei analytischem Vorgehen lassen sich eine Reihe von Gegenständen unterscheiden, die innerhalb des Entscheidungsprozesses für eine Urlaubsreise von Bedeutung sind. Prinzipiell hat der Urlauber Wahlmöglichkeiten im Hinblick auf folgende Merkmale seiner Urlaubsreise:

Reiseart (Erholungsreise, Bildungsreise)

Reiseland, Reisegegend, Zielart

Reisezeitpunkt

Reiseverkehrsmittel

Unterkunftsart

Reiseorganisation

Reiseveranstalter

Reiseausgaben.

Besonders untersucht werden sollen in dieser Arbeit Merkmale, deren Wahlmöglichkeit durch die Herzoperation und das Herzleiden beeinflußt sein könnten. Hierzu zählen Reiseland und Reisegegend, Reisezeitpunkt, Reiseverkehrsmittel und in gewissem Sinne auch Reiseart.

Hahn und Hartmann (29) untersuchten, welche der oben genannten Merkmale der Urlaubsreise bei der Entscheidung stärker ins Gewicht fiel. An erster Stelle in der Rangreihe der Teilentscheidungen steht das Zielgebiet, dicht gefolgt von der Art des Urlaubs.

4. Reiseziel

4.1. Entscheidungsprozeß

Das Reiseziel ist allen anderen Entscheidungen vorgeordnet, und wenn man an irgendwelche Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Urlaub denkt, so meint man damit eigentlich nur die Frage, wohin man im nächsten Urlaub fahren will. Der erste Anstoß, sich näher mit einem bestimmten Urlaubsziel zu befassen, kann in einem großen Teil der Fälle nur als eine Aktualisierung bereits bestehender Absichten aufgefaßt werden. Lang gehegte Wünsche sollen realisiert werden, wie Hahn (29) in seiner Studie herausfand. Mehr als die Hälfte der Reisenden zogen dabei von Anfang an nur ein einziges Urlaubsziel in Betracht.

4.2. Herzerkrankung und Wahl des Reiseziels

Inwiefern ist aber der Faktor der Herzerkrankung bei der Aufstellung des einzigen in Betracht gezogenen Urlaubsziels wirksam? Hahn (29) meint, daß solche Faktoren zur Vor-Einstellung des Urlaubers gehören, die wie ein Filter die Wahrnehmung der für ihn verlockenden Urlaubsziele beeinflussen und als selbstverständliche Voraussetzungen in die Vorstellungsbildung eingehen.

Der persönlichkeitspsychologische Hintergrund der Entscheidung für ein Reiseziel wurde bei der Befragung der Herzoperierten nicht direkt erfaßt. Es wurden aber die Häufigkeiten der genannten Zielgebiete berechnet, die mit der Reiseanalyse 1980 verglichen werden sollen.

4.3. Vergleich mit der Normalbevölkerung

38 % der Reisenden der Normalbevölkerung verbrachten ihren Urlaub im Inland, 2 % in der DDR und 60 % im Ausland, von den Herzoperierten reisten 59 % ins Ausland und 41 % blieben im Inland (17). Es ergeben sich also keine Abweichungen in der Häufigkeit der Inlands- und Auslandsurlauber.

Beim Vergleich der Regionen ergeben sich keine nennenswerten Abweichungen bei der Anzahl der Reisenden nach Südeuropa und bei den Fernreisenden. Der Anteil der Österreich-Reisenden ist in der Gruppe der Herzoperierten mit 22 % erheblich höher als der der Normalbevölkerung mit 13 %.

Hahn (29) weist darauf hin, daß Österreich-Reisende, die statistisch zu den Auslandsreisenden zählen, im psychologischen Sinne eher den Inlandreisenden gleichen, so daß die Bevorzugung von Inlandzielen unter Umständen auch Ziele in Österreich einschließt. Nach der psychologischen Definition sind 61 % der Herzoperierten gegenüber 51 % aus der Normalbevölkerung Inlandreisende. Der Unterschied ist sicher nicht so gravierend, als daß er sich nicht schon allein durch die unterschiedlichen Kollektive erklären läßt. Vielleicht beeinflußt aber auch der Faktor der relativ kurzen Anreise von Bayern nach Österreich den von Hahn (29) beschriebenen und bereits erwähnten Prozeß der Voreinstellung. Wie dem auch sei, erhebliche Abweichungen ergeben sich beim Vergleich der Reiseziele der Herzoperierten mit denen der Normalbevölkerung nicht, so daß daraus geschlossen wird, daß die Entscheidung der Herzoperierten von ähnlichen Faktoren wie die der Normalbevölkerung beeinflußt wird.

4.4. Empfehlungen der Touristikmediziner

Daß die Urlaubsziele der Herzoperierten sich so geringfügig von denen der Normalbevölkerung unterscheiden, ist vor allem aus medizinischer Sicht als ein unerwartetes Ergebnis zu bezeichnen. Die Touristikmediziner geben bestimmte Empfehlungen für einzelne Krankheitsgruppen, so auch für die Herzkranken, wobei besonders klimatische Einflüsse und Belastungen bei der Wahl des Urlaubsortes berücksichtigt werden. Die Empfehlungen sind aber keineswegs einheitlich, wenn auch von der Mehrheit das Mittelgebirge als das Klima der Wahl für den Herzoperierten bezeichnet wird. Nicht einig sind sich die Touristikmediziner darüber, ab und bis zu welcher Höhe am wenigsten mit Schwüle gerechnet werden muß und ob Höhen über 1000 m für den Koronarkranken gefährlich sind. Die Literatur zu diesem Thema wurde in einer Tabelle zusammengestellt.

Literatur-Tabelle Empfehlungen für Herzkranke: Klima am Urlaubsort

Verfasser und Literaturquelle	Meinung
Amelung (2, 3) 1964 und 1971	Empfehlung: - Mittelgebirge ab 350-400 m, windgeschützte Lagen der Mittelgebirge - Föhn am Nordrand der Alpen ist zu meiden - Hochgebirge: häufiger Herzrhythmusstörungen — Kontraindikation: Mitralstenose - Akklimatisationsregeln beachten!
Boehringer-Ratgeber für Patienten (11) (1973)	- Urlaubsorte von 600-1200 m Höhe am günstigsten, bei Höhen über 800 m den Arzt befragen - kein Reizklima, besser Orte mit mildem und nicht zu heißem Klima
Cordes (16) (1975)	- Gebiete, die am wenigsten Witterungseinflüssen ausgesetzt sind, wie Ostbayern, Mittel- und Oberfranken und die Oberpfalz, sind günstiger - Gebiete mit belastendem Klima (Oberrheinebene, Uferstreifen des Bodensees, Donauniederungen) sollten gemieden werden. - Gebirge über 600 m bei Herz- und Kreislauferkrankungen ohne Dekompensationserscheinungen und fortgeschrittener Sklerose geeignet - Mittelgebirge geeignet bei Herz- und Kreislauferkrankungen auch bei Myokardschaden - im Alpenraum übt der Föhn einen ungünstigen Einfluß auf Kreislaufkranke aus

Diesfeld (20) (1971)	- lebensgefährlich sind akute Hitze- und Schwüle-Belastungen - gehäufte Angina pectoris-Anfälle sind eine Kontraindikation für kurzfristige Reisen in warme Länder
Gaumitz (24, 25) (1967 und 1970)	- der Zusammenhang zwischen Föhn und Krankheit konnte nicht gesichert werden - bei Aufzug einer Warmfront kann es bei vorgeschädigten Koronarien zum Infarkt kommen - rasche Wetterfrontenwechsel sind charakteristisch für die Alpenvorderseite - Schonklima: Mittelgebirge mit Waldreichtum und Windarmut - Patienten mit koronaren Durchblutungsstörungen sollten sich möglichst nicht in Höhen über 1200 m aufhalten
Halhuber (31) (1970)	- Orte in 100 m Höhe besonders gut verträglich, gleichgültig ob im Mittelgebirge oder in den Alpen - im Winter dem Nebel und im Sommer der Schwüle entgehen
Knaut (47) (1981)	- Landschaft der Wahl: Mittelgebirge zwischen 400-700 m Höhe - Schonklima: geschützte trockene, höhere Lagen, in denen mit wenig Nebel und wenig Schwüle gerechnet werden muß - am besten Herzbad oder Kurort in Deutschland, Österreich oder der Schweiz
Lühr (55) (1977)	- Klima der Wahl bei Angina pectoris: waldreiches Mittelgebirge - in wärmeren Monaten enge Talkessellagen meiden - Schwüle, die in Höhen knapp unter 400 m am stärksten zum Tragen kommt, ist für den Herzkranken belastend und beängstigend

- der Herzranke erlebt auch im Hochgebirge günstige Einflüsse auf sein Krankheitsbild (labile Angina pectoris und Kranke mit echter koronarer Herzerkrankung)
"Altersherz" soll stufenförmig an die Höhe akklimatisiert werden
für den Koronarkranken und insbesondere für den Labilen bedeutet das Hochgebirge eine Gefahr
- bei Angina pectoris: mit Vorsicht auch die Bereiche des Alpenvorlandes (rascherer Wetterfrontenwechsel, schnelle Luftfeuchtigkeitsänderungen)
- persönliche Erfahrungen: keinerlei Zwischenfälle und damit keine Notwendigkeit einer Warnung vor dem Aufenthalt im Alpenvorland

Plasvic (61)
(1957)

an der Nordadria herrscht im Sommer ein ausgesprochenes Schonklima

Zenker (81)
(1971)

Empfehlung:

- Gebirge nicht unter 400 m
- bei Höhen über 800 m ärztliche Überwachung
- Gefahren bei Hitze und Schwüle

Besonders erwähnen möchte ich eine Bemerkung von Lühr (55), der nicht so sehr auf die nicht exakt definierten Begriffe Reizklima und Schonklima fixiert ist, sondern die Wahl des Klimas als eine Wahl zwischen stärkerem und schwächerem Reiz bezeichnet, die in Abstimmung mit dem erregbaren Zustand des Patienten erfolgen soll. Amelung (3) weist darauf hin, daß jede Änderung der klimatischen Umwelt besonders für den älteren und leidenden Menschen mit Schäden verbunden sein kann. Deshalb erscheint mir eine Diskussion darüber, ob nun das Klima der Wahl für den Herzkranken in 600 oder 800 m über NN zu finden ist, nicht sehr sinnvoll. Daß die medizinischen Ratschläge und Forderungen im Widerspruch zum tatsächlichen Verhalten der Patienten stehen, zeigt unsere Untersuchung wohl in aller Deutlichkeit. Nur etwa jeder sechste hat den medizinischen Rat befolgt und reiste ins Mittelgebirge. Ob allerdings überhaupt vom Befolgen medizinischer Ratschläge die Rede sein kann, erscheint insofern zweifelhaft, als die Anzahl der Herzoperierten, die ins Mittelgebirge reiste, in etwa dem statistischen Durchschnitt entspricht. Gaumitz (24) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß der Hausarzt oft bewußt umgangen wird, da mancher Patient fürchtet, ihm werde von seinem langersehten Urlaub abgeraten. Das könnte eine Erklärung dafür sein, weshalb sich die Herzoperierten in der Wahl des Reiseziels kaum von der Normalbevölkerung unterscheiden. Denn der eigentliche Urlaub ist der mit selbstgewähltem Ziel und stellt in gewisser Weise die Verwirklichung eines schon lange gehegten Wunsches dar. Urlaub soll nicht zu sehr oder überhaupt nicht nach Medizin riechen, wie Bock (10) forderte. Urlaub ist etwas Individuelles, und gerade darin unterscheidet er sich ja von Kuraufenthalten. Viele Menschen fahren in den Urlaub, um Beruf, Alltag, familiäre Sorgen für eine Weile zu vergessen. Vielleicht möchte der Herzoperierte während der Zeit nicht ständig an seine Erkrankung erinnert werden, und er macht gerade aus diesem Grund keinen Gesundheitsurlaub. Das tragende und überragende Element des Urlaubs ist, wie Bock (10) schreibt, die Freiheit von Zwang und Zweck .

Ein anderer Grund dafür, daß medizinische Empfehlungen, die oft wegen ihrer Exaktheit einen sehr restriktiven Charakter haben, nicht akzeptiert werden, ist der, daß eine Urlaubsreise ein Gruppenereignis darstellt, dessen Planung gemeinsam durchgeführt wird. Urlaubswünsche der Männer setzen sich dabei etwas mehr durch als die der Frauen (29).

Ich möchte die Diskussion des Urlaubszieles mit einem Zitat von Delius (19) abschließen, der aufgrund seiner Erfahrungen, daß viele Alternde auf der Reise in der Lage sind, trotz vorhandener relativer Gesundheitsbeschränkungen, Leistungen zu erbringen oder Belastungen zu ertragen, die "zu Hause" das Befinden und Verhalten viel stärker beeinträchtigen würden, zu dem Schluß kommt, daß die Zügel des medizinischen Reisekonsens lockerer gelassen werden können.

5. Reisezeit

5.1. Entscheidungsprozeß und Einflußfaktoren

Der Reisezeitpunkt ist, wie sich in anderen Untersuchungen zeigt, am wenigsten der subjektiven Entscheidung unterworfen, sondern meist durch objektive Gegebenheiten vorgezeichnet (29). Schulferien, Urlaubslisten in den Betrieben, Betriebsferien legen die Reisezeit in gewissen Grenzen fest. So reisten 1980 zwei Drittel der Normalbevölkerung in der Zeit von Juli bis September (17). Bei den Herzoperierten sind aber solche Zwänge nicht in dem Maße gegeben, da viele nicht erwerbstätig sind und keine schulpflichtigen Kinder haben. Der Reisezeitpunkt ist also nicht so sehr von objektiven Gegebenheiten vorgezeichnet, trotzdem verengt sich die Reisezeit auf bestimmte Zeiträume: etwa aus klimatischen Gründen oder wenn man der Hauptreisezeit ausweichen möchte. Klimatische Gründe für den Herzoperierten wären zum Beispiel der Schwüle zu entgehen, was bedeuten würde, nicht in den Sommermonaten Juli und August zu reisen. Die Hauptreisezeit zu meiden hat generell für ältere Menschen den Vorteil, daß die Reise weniger anstrengend und preiswerter wird.

5.2. Wertung der Ergebnisse

Trotz der Vorteile, die eine Reise außerhalb der Hauptreisezeit bringen würde, trotz der größeren Entscheidungsfreiheit bei der Wahl des Reisezeitpunktes, unternahm annähernd die Hälfte der Befragten die Reise in den Monaten Juli/August/September. Dabei ergaben sich zwischen Berufstätigen und Nichtberufstätigen keine Unterschiede, wohl aber bei den Jüngeren, den 40-49jährigen, im Vergleich mit den Älteren. Schulpflichtige Kinder engen hier wohl die Entscheidungsmöglichkeit der Reisezeit am stärksten ein. Die 40-49jährigen Herzoperierten reisten genauso häufig während der Hauptreisemonate wie die Befragten der deutschen Durchschnittsbevölkerung. Klimatische Gründe scheinen also bei der Wahl der Reisezeit keine entscheidende Rolle zu spielen, was bereits bei der Untersuchung der Reisezeit in Abhängigkeit von den Reisezielen auffiel.

Warum fährt aber der Herzoperierte, der ältere Reisende, trotzdem oder gerade zur Hauptreisezeit und zudem noch in Hauptreisegebiete? Schade und Hahn (68) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, daß gerade ältere Menschen wenig Wert auf Beschaulichkeit und Ruhe im Urlaub legen, sondern einen amüsanten kurzweiligen und glücklichen Urlaub verleben möchten. Als falsch hat sich die Vermutung herausgestellt, daß ältere Menschen ihren Urlaub vorzugsweise unter ihresgleichen verbringen möchten. Sie möchten im Urlaub weder an den Lebensabend noch an Krankheiten gemahnt werden. So wurden Seniorenprogramme der Reiseveranstalter mangels ungenügender Nachfrage mittlerweile wieder eingestellt, das Werbeargument "Altenurlaub" fallen gelassen. Vielmehr konstatierte man bei bestimmten Reisen im Normalprogramm eine auffällig hohe Beteiligung der älteren Generation. Den Gegenbeweis zu der Annahme, der "Mensch am Lebensabend" meide die breiten Straßen des Massentourismus, erbrachte das Reiseprogramm Langzeiturlaub auf Mallorca mit seinem spektakulären Erfolg (72).

Der Wunsch nach Abwechslung ist wohl auch bei den Herzoperierten vorrangig gegenüber klimatischer Schonung und finanziellen Vorteilen.

6. Reiseverkehrsmittel

6.1. Entscheidungsprozeß

Ähnlich wie bei der Reisezeit beobachteten Hahn und Hartmann (29) auch bei dem in Frage kommenden Verkehrsmitteln keine echte Wahlsituation. Das Verkehrsmittel lag von vornherein außer Diskussion, wer ein Auto hat, benutzt dieses normalerweise als Reiseverkehrsmittel. Fast 60 % der Urlaubsreisenden fuhren 1980 mit dem PKW, diese Zahl ist in den letzten zehn Jahren relativ konstant geblieben, trotz stark gestiegener Benzinpreise (17). Allerdings nehmen PKW-Besitzer gelegentlich andere Verkehrsmittel in Anspruch, wie Hahn und Hartmann (29) feststellten, vor allem steigen PKW-Reisende bei weiten Reisen auch gern ins Flugzeug um.

6.2. Vergleich der Herzoperierten mit der Normalbevölkerung

Auch die Mehrheit der Herzoperierten steuerte ihr Ferienziel mit dem PKW an. Bei der Wahl des Verkehrsmittels unterscheiden sich die Herzoperierten nicht im geringsten von der Normalbevölkerung, wonach zu vermuten ist, daß auch bei ihnen die Benutzung des eigenen Verkehrsmittels als eine Selbstverständlichkeit anzusehen ist. Die Herzkrankung scheint dabei keinen Einfluß ausgeübt zu haben.

6.3. Empfehlungen von medizinischer Seite

Das geeignete Verkehrsmittel für den Herzkranken ist aber zumindest in der Medizin ein Gegenstand der Diskussion. Im Kongreßbericht 1978 der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin, der im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr herausgegeben wurde, erstellte Halhuber (30) Leitsätze zur Fahrtauglichkeit der Herzkranken: Abgesehen von Kontraindikationen, wie z.B. Herzinsuffizienz in Ruhe und gefährlichen, nicht beherrschbaren Herzrhythmusstörungen, ist der Herzkranke grund-

sätzlich fahrtauglich. Die Fahrtauglichkeit sollte eher großzügig beurteilt werden, weil Fahrverbote unter Umständen den Patienten mehr belasten als eine vernünftige Form des Umgangs mit dem Kraftfahrzeug. Angina pectoris, die beim Führen eines Fahrzeugs durch psychische Anspannung ausgelöst werden kann, ist, wie Halhuber (30) meint, medikamentös mit β -Blockern gut zu beeinflussen. Nur eine Minderheit von Herzkranken ist im Kraftverkehr als gefährdet und gefährdend zu beurteilen, bei der Komplikationen zu beobachten waren (nämlich: gefährliche Rhythmusstörungen, Herz- oder Hirninsuffizienzzeichen, inadäquate Streßreaktionen im Straßenverkehr).

Die Fahrt in den Urlaub mit einem Kraftfahrzeug stellt aber besonders hohe Anforderungen an den Fahrer. Wie belastend eine längere Autofahrt einzuschätzen ist, ist schwer zu verifizieren. Das Problem wird dadurch kompliziert, daß die Leistungsfähigkeit des Langstreckenfahrers nicht nur von seiner Konstitution, seiner Ausgangsdisposition und der Kilometerleistung abhängt, die er sich zumutet, sondern auch von bestimmten Bedingungen, die die Fahrtroute, die Witterungsverhältnisse und das Fahrzeug zu bieten haben. Besonders das Fahrzeug selbst mit mehr oder weniger sicherer Straßenlage, Sitz- und Fahrkomfort, ist bei der Entwicklung von Erschöpfungs-, Ermüdungs- und körperlicher allgemeinen oder partiellen Überlastungserscheinungen von großer Bedeutung (53).

Als gefährlich für den Herzpatienten am Steuer gilt mehr noch als die körperliche Belastung der psychische Streß (4).

Trotz der aufgezeigten Gefahren wird aber in der Literatur kein Fahrverbot ausgesprochen, sondern darauf hingewiesen, daß oft die Verhaltensweisen der reisenden Urlauber ein gesundheitliches Mißgeschick heraufbeschwören (7). Deshalb wird gefordert, daß der jeweilige Arzt gegenüber seinen Patienten eine Fülle von Aufklärungspflichten beachten sollte, so daß der Patient selbst körperliche und psychische Belastungen gering halten kann (53). Ältere Menschen sind, wie Mohring (58) meint, durchaus in der

Lage, die altersbedingten Beschränkungen zu erkennen und ihre Fahrweise danach einzustellen.

Gerade für Kraftfahrer, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr allen Lebensbelastungen gewachsen sind, hat die Fahrt im eigenen PKW aber auch Vorteile gegenüber anderen Verkehrsmitteln. Er ist von Flug- und Fahrplänen unabhängig, er kann jederzeit zurückfahren, wenn es ihm am Urlaubsort nicht mehr gefällt, er ist dadurch individueller. Die bequemste Art zu reisen, ist sicher das Fliegen. So schrieb Schirmann (70): wer gehen kann, kann auch fliegen. Aber nur eine geringe Zahl der Befragten entschied sich für das Flugzeug als Verkehrsmittel. Die Zahl entspricht etwa der Normalbevölkerung. Das Flugzeug wird nur dann als Verkehrsmittel akzeptiert, wenn das gewählte Urlaubsziel mit dem Auto schlecht oder gar nicht zu erreichen ist. Zum einen spricht der Preis sicher oft gegen das Fliegen, zum andern werden aber auch psychische und physische Belastungen, wie Aufenthalte auf dem Flughafen und besonders das Koffertragen zum Abfertigungsschalter, vom Herzoperierten als unangenehm empfunden (52). Viele Vorzüge bringt die Fahrt mit der Bahn. Die Bequemlichkeit, die vor allem Fernzüge bieten, die Möglichkeit sich frei zu bewegen, sich gegebenenfalls zu erfrischen oder die Toilette aufzusuchen, ist für den älteren Menschen sicher von großem Vorteil (52). Trotzdem wird das Bahnreisen nur von sehr wenigen bevorzugt, es ist wohl in erster Linie für diejenigen interessant, die keinen eigenen PKW haben, und stellt dann gegenüber den Busreisen die zwar teure aber bequemere Art zu reisen dar. Nicht zuletzt auch aus Prestige Gründen ist aber das eigene Auto der Deutschen wie auch des Herzkranken liebstes Reiseverkehrsmittel.

7. Reisedauer

7.1. Bedeutung der Reisedauer aus medizinischer Sicht

Die meisten Urlauber organisieren ihre Reise selbst und können somit über die Reisedauer auch selbst entscheiden. Die Reisedauer hat vor allem insofern eine Bedeutung, als die Erholung und damit der gesundheitliche Nutzen erst nach einer gewissen Urlaubszeit eintreten. Jungmann (40) empfiehlt Urlaubern mit Herz-Kreislaufstörungen, den Urlaub auf vier Wochen auszudehnen. Er begründet diese Forderung damit, daß relativ häufig Beschwerden in den ersten drei Tagen, am Ende der ersten Woche und am Ende der dritten Woche auftreten. Erst bei einer Dauer von vier Wochen ist ein anhaltender gesundheitlicher Nutzen festzustellen.

Bock (10), Matzdorf (56) und Becker (8) empfehlen eine Urlaubsdauer von mindestens drei Wochen und wenden sich mit ihrer Forderung an die älteren Reisenden. Da sich die älteren Menschen etwas schwerer akklimatisieren, sind für sie Urlaubszeiten von weniger als drei Wochen ganz unzumutbar (10). Auf dem ADAC-Ärztetage 1972 in München (1) wurde der Urlaub unter drei Wochen für ältere Menschen gar als sinnlos bezeichnet.

7.2. Wertung der Untersuchungsergebnisse

Gemessen an den medizinischen Forderungen hätten annähernd 90 % der Herzoperierten einen "sinnlosen" Urlaub verbracht. In dieser Formulierung unterstellt man aber, daß Urlaub einen medizinisch faßbaren, lebensverlängernden Effekt haben soll. Urlaub erfährt aber, wie Bock (10) schreibt, seine Rechtfertigung nicht nur aus dem ärztlich meßbaren Gesundheitszuwachs, sondern auch aus der Erlebnistiefe.

Aus einer Untersuchung von Schaefer (69) geht hervor, daß zu den Wünschen und Zielen, welche bei der Gestaltung des Urlaubs wirksam sind, primär nicht die Gesundheit, ebensowenig wie die Erholung in einen biologisch-naturheilkundlichen Sinn gehören. Schade (68) fand in diesem

Zusammenhang heraus, daß zwar 82 % ausdrücklich Erholung als den Hauptvorzug des Urlaubs nannten, Erholung aber nicht wie in der Medizin mit den Begriffen "Entmüdung" und "Entspannung" verknüpft wurde. Vielmehr wurde Erholung in einem umfassenden Sinn gemeint, d.h. vor allem als ein Vorgang verstanden, der sich ausdrücklich auf die Merkmale der gesamten gegenwärtigen seelisch-sozialen Lebenssituation bezieht. (Antwortbeispiele: "Abschalten, Abwechslung haben, was anderes sehen, Tapetenwechsel"). Die seelisch-soziale Lebenssituation des Herzoperierten ist durch die Herzerkrankung und deren Folgen, wie frühzeitige Berentung, gekennzeichnet. Erholung könnte deshalb für ihn bedeuten, abschalten, nicht an die Krankheit denken, Abwechslung haben. Diese Urlaubsmotive sind aber nicht abhängig von einer ganz bestimmten Urlaubsdauer. Abwechslung bringt jede Reise, egal, wie lang sie ist. Für jede Reise, gleich welcher Dauer, gilt, daß sie mit ihrer Vor- und Nachphase den im Alter grauer werdenden Alltag durchbricht (75). Mit der Beobachtung, daß im Urlaub Abwechslung gesucht wird, kann man aber nur begründen, daß dieses Motiv nicht an eine bestimmte Urlaubsdauer fixiert ist, wie etwa die Erholung im medizinischen Sinn. Warum ist aber die Reisedauer doch eher kurz, warum reisen die hier befragten Herzoperierten kürzer als die Normalbevölkerung? In der Literatur fanden sich für dieses Phänomen keinerlei Hinweise. Eine Erklärung ergibt sich aus dem höheren Alter und der Erwerbsunfähigkeit. Das wirksame Prinzip beim Urlaub ist, wie Schubert (75) erklärte, die Abwechslung. Abwechslung erlebt man auch auf einer kurzen Reise, die für den älteren Menschen den Vorteil hat, daß er seine Alltagsgewohnheiten nur kurz aufgeben muß. Außerdem haben gerade viele ältere Menschen Angst davor, die Kontrolle über die heimatliche Umgebung zu verlieren. Eine andere oder zusätzliche Erklärung gilt speziell für den Herzoperierten. Wie schon bei der Diskussion des Reiseziels erwähnt und von Gaumitz(24) zitiert, umgehen viele Patienten bei der Frage einer Urlaubsreise bewußt den

Hausarzt, weil sie fürchten, er könnte ihnen vom Urlaub abraten. Das Übergehen des Arztes hat aber für den Patienten andererseits den Nachteil, daß er, besonders wenn er die erste Reise nach der Operation wagt, verunsichert ist. Damit er nicht viel falsch machen kann, neigt er vielleicht dazu, erst einmal eine kurze Reise zu unternehmen, um wieder Reiseerfahrungen zu sammeln. Wie dem auch sei, daß die Herzoperierten im medizinischen Sinne eine meist zu kurze Reise unternehmen, muß als Tatsache akzeptiert werden. Von dieser Tatsache ausgehend kann man aber nicht auf eine Sinnlosigkeit der Reisen schließen.

8. Aktivitäten am Urlaubsort

Die Möglichkeiten, im Urlaub etwas zu unternehmen, sind recht vielfältig. Allein von den Fremdenverkehrsorten und Reiseveranstaltern wird eine Menge angeboten, um Langeweile zu vertreiben (17). Aus der Angebotspalette wurde die sportliche Betätigung genauer untersucht.

8.1. Psychologische Überlegungen zum Verhalten im Urlaub

Schade (68) fand heraus, daß bestimmtes Verhalten im Urlaub nicht bedeutet, daß dieser Vorgang im Sinne eines einfachen Nachgebens gegenüber einem gesellschaftlichen Konformitätsdruck verstanden werden kann. Die damit implizierte Fremdbestimmung des Verhaltens würde ja gerade den Bestrebungen, sich aus Bindungen zu befreien, sehr entgegenstehen. Die beobachteten Formen des Verhaltens im Urlaub sind vielmehr die Realisierung eigener Wünsche im Rahmen bestimmter Bedingungen. Übertragen auf die sportliche Betätigung als eine mögliche Verhaltensweise wurde dieser Beobachtung zufolge nur von denjenigen Sport betrieben, die nicht unbedingt einen Zweck damit verfolgen, und die auch nicht von dritter Seite dazu motiviert wurden. Sport im Urlaub hätte somit wie der Urlaub selbst einen privaten Charakter, wäre durch Zwang- und Zweckfreiheit gekennzeichnet. Übertragen auf den sporttreibenden Herzoperierten, ist sportliche Betätigung im Urlaub nicht so

sehr als fremd-motiviertes und speziell von medizinischer Seite motiviertes Verhalten anzusehen, sondern als eigener Wunsch, sich zu bewegen, sich beim Sport zu erfreuen.

8.2. Vergleich der sportlichen Aktivitäten der Herzoperierten mit denen der Normalbevölkerung

Etwa ein Drittel der Befragten gaben eine sportliche Betätigung im Urlaub an. Der Vergleich mit anderen Statistiken wird dadurch erschwert, daß dort Mehrfachnennungen bei der Frage nach Aktivitäten möglich waren, in unserer Befragung wurden aber nur die Sportart, die überwiegend im Urlaub ausgeübt wurde, erfaßt. In der Starnberger Untersuchung (17) gaben mehr als die Hälfte der Befragten eine sportliche Betätigung im Urlaub an. Da von anderen Voraussetzungen ausgegangen wurde, kann dieser Unterschied nur vorsichtig interpretiert werden. Wie aus unseren Untersuchungen hervorgeht, läßt die sportliche Betätigung mit steigendem Alter nach. Auch Schmitz-Scherzer (72) beobachtete, daß mit zunehmendem Alter sowohl die Intensität als auch die Häufigkeit, mit der bestimmte Interessen gepflegt werden, abnehmen. Speziell im Zusammenhang mit Sport spielt natürlich auch der im Alter häufig belastete Gesundheitszustand besonders durch degenerative Leiden eine limitierende Rolle.

8.3. Einfluß der Herzerkrankung auf sportliche Aktivitäten

Für die hier befragten Herzoperierten muß abgegrenzt werden, inwiefern das Herzleiden sportliche Betätigungen beeinflußt. Die Diagnose Herzleiden bedeutet zwar heutzutage nicht mehr automatisch allergrößte körperliche Schonung. Gerade in letzter Zeit wurde Sport als Lebenselixier für Herzpatienten, speziell für Infarktpatienten, geradezu angepriesen. Vom Sport versprechen sich die Mediziner, wie auch Hochrein (34), nicht nur eine Wirkung auf den Kreislauf, sondern auf die gesamte Persönlich-

keit. Sport vermittelt neben einer seelischen Entspannung ein beglückendes Lebensgefühl und eine Aktivierung der Körperkräfte. Es ist daher zu verstehen, daß möglichst viele Herzranke sportlich motiviert werden sollen, wie dies in Form der Koronarsportgruppen geschieht. Auch die meisten der Herzoperierten erfüllen die Voraussetzungen, die zur sportlichen Betätigung vonseiten des Herzens erforderlich sind: sie sind nicht herzensuffizient in Ruhe und gehören zum größten Teil wohl zur Beschwerdegruppe II nach NYHA, die Matzdorf (56) als besonders geeignet zur Bewegungstherapie bezeichnet. Sportliche Betätigung war wohl für einige der hier Befragten kontraindiziert. Das zeigte auch die Abnahme der Häufigkeit mit zunehmenden Beschwerden.

Die Herzerkrankung beeinflusst aber nicht nur körperliche Funktionen, sondern hat auch einen Einfluß auf die Psyche des Menschen. Gillmann (26) stellte in seiner Untersuchung über die Lebensphase nach überstandenen Infarkt bei 40 % der über 50jährigen eine Antriebsschwäche fest. Donat (22) beschreibt als zentrales Probleme bei Koronarpatienten das Gefühl der Unsicherheit und Angst. Mit Antriebsschwäche, Unsicherheit und Angst könnte man schon erklären, daß zwei Drittel der Befragten sich nicht sportlich betätigen, aber gerade die Antriebsschwäche ist nicht nur speziell ein Problem der Herzoperierten. Schwalb (76) bemerkte hierzu, daß der allgemeine Wohlstand, die zunehmende Motorisierung und technischer Fortschritt viele Menschen eher zur Bequemlichkeit als zu körperlicher Aktivität innerhalb und außerhalb der beruflichen Tätigkeit anregen. Auch Schade und Hahn (68) bezeichnen das Verhalten der Normalbevölkerung im Urlaub als vorwiegend passiv. Mit der Passivität im Urlaub soll die Abwendung von der leistungsorientierten Alltags- und Berufswelt gezeigt werden. Wenn man diese Überlegung bei der Bewertung der Häufigkeit der sportlichen Betätigung im Urlaub berücksichtigt, so ist man eher positiv überrascht über die hohe Zahl der Herzoperierten, die aus eigenem Antrieb heraus Sport im Urlaub betreibt. Denn wenn man berücksichtigt, daß einige der Befragten aus hämodynamischen Gründen keinen Sport

betreiben dürfen, außerdem Urlaubsverhalten in der Normalbevölkerung eher passiv ist, kann man die Herzoperierten nicht als besonders antriebsschwach bezeichnen.

8.4. Empfehlungen der Sportmediziner verglichen mit den Untersuchungsergebnissen

Als geeignete Sportarten für den Herzkranken werden in der Literatur übereinstimmend Schwimmen, Radfahren, Wandern bzw. Laufen oder Traben und Skilaufen genannt, also insgesamt gesehen Sportarten mit dynamischem Bewegungskarakter (27, 28, 41, 52, 56). Auch die von den Befragten genannten Sportarten sind dynamisch ablaufende Bewegungsarten. Warum war aber gerade Schwimmen die mit Abstand beliebteste Sportart?

Die meisten Menschen haben Schwimmen in ihrer Kindheit erlernt. Schwimmen kann man heutzutage zu jeder Jahreszeit, es ist auch finanziell für jeden erschwinglich. Im Volkstum gilt gerade das Schwimmen als gesund und gesundheitsfördernd. Man kann also Schwimmen durchaus als einen beliebten Volkssport bezeichnen, der auch noch im Alter und auch bei bestehenden degenerativen Krankheiten indiziert ist.

Schwimmen hat insbesondere für den Herzoperierten den Vorteil, daß er Dauer und Tempo selbst bestimmen kann.

Matzdorf (56) untersuchte die unterschiedliche Belastung beim Schwimmen in Abhängigkeit vom Tempo. Bei einer Geschwindigkeit von 18-20 m/min erbringt der Patient eine Leistung von 40-60 Watt, bei 27-30 m/min sind es 80-100 Watt. Er bezeichnet Schwimmen darüberhinaus als besonders angezeigt für schwergewichtige Patienten wegen der Entlastung der unteren Extremität.

Schwimmen hat aus den genannten Gründen für den Herzoperierten den Vorteil, daß er gemeinsam mit leistungsmäßig Überlegenen, wie z.B. seiner Familie, den Sport ausüben kann, ohne aber mithalten zu müssen. Schwimmen hat weder Wettkampfcharakter, noch wird dabei ein Ziel angestrebt. Bei eintretenden Beschwerden kann der Herzkranke jederzeit die Betätigung ab- bzw. unterbrechen.

Schwimmen im Urlaub übt häufig einen besonders starken Anreiz aus, weil man im Meer schwimmen kann. Einige haben sicher ihr Urlaubsziel unter diesem Aspekt gewählt. Jungmann (43) äußerte keinerlei Bedenken bei der Frage nach der Erlaubnis für Herzranke. Er erlaubt auch das Baden unter 20 °C im Meer und überläßt die Bestimmung der Badedauer dem subjektiven Empfinden des Patienten. Er warnt einzig vor dem Schwimmen und Bad in starker Brandung. Matzdorf (56), Delius (19) und Lang (52) empfehlen für Herzranke bzw. für ältere Patienten eine Wassertemperatur von 28 °C, da andernfalls mit Angina pectoris gerechnet werden muß. Stein (77) dagegen konnte keine Abhängigkeit von Wassertemperatur und Häufigkeit von stenokardischen Beschwerden feststellen, auch Jungmann (43) fand keinen Hinweis, daß die Kälte beim Bad neben der körperlichen Anstrengung eine zusätzliche Belastung darstellt. Wie dem auch sei, wärmeres Wasser wird sicher von jedem Menschen als angenehmer empfunden und gerade wegen der angenehmen Wassertemperatur fahren viele zum Badeurlaub an die Adria.

Auch Wandern gehört zu den beliebten Sportarten des Herzoperierten. Es gilt wie Schwimmen als besonders geeignet für den älteren Menschen. Dem Alter und dem Gesundheitszustand gemäß kann es wohl dosiert angewendet werden (52). Die Geschwindigkeit kann in weiten Grenzen frei gewählt werden, wie Lang meint (52). Hier könnte man aber einräumen, daß Wanderungen häufig in einer Gruppe gemacht werden, deren Tempo nicht ohne weiteres vom Schwächsten bestimmt wird. Der Herzoperierte könnte sich beim Versuch des Folgens und Mithaltens schon einmal überfordern. Wandern hat außerdem gegenüber Schwimmen den Nachteil, daß meist ein bestimmtes Ziel verfolgt wird und daß bei auftretenden Beschwerden nicht ohne weiteres die Möglichkeit des Abbrechens gegeben ist. Diese Nachteile sind aber nur im Vergleich zum Schwimmen als solche zu werten. Vielleicht sind es Gründe, weshalb Schwimmen und nicht Wandern die beliebteste Sportart der Herzoperierten im Urlaub darstellt. Bei der Kritik am Wandern sollen aber die Vorzüge nicht unerwähnt bleiben. Besonders die ständig wechselnden Eindrücke

durch die sich ändernde Umgebung ist aus psychologischer Sicht als günstig zu bezeichnen (52).

9. Bedeutung des Reisens

Bei einer Umfrage des Studienwesens für Tourismus (17) erklärten drei Viertel der Befragten, daß sie nicht bereit wären, auf eine Reise zu verzichten. Reisen stellt also ein menschliches Bedürfnis dar und ist darüberhinaus geradezu zu einem Symbol der Wohlstandsgesellschaft geworden (68).

Auch für die Herzoperierten hat die Urlaubsreise eine ähnlich große Bedeutung, fast drei Viertel freuen sich das ganze Jahr darauf und fühlen sich nach einer Reise gesundheitlich besser. Durch Beschwerden wird ihr Urlaubserlebnis nicht wesentlich beeinträchtigt, es scheint sogar so zu sein, daß im Urlaub seltener Beschwerden empfunden werden oder darüber geklagt wird, als dies - von der Beschwerdesymptomatik nach NYHA ausgehend - zu Hause der Fall sein müßte. Delius (19) meinte zu diesem Phänomen, daß positive, stimmungsmäßig gehobene Einstellung zum zeitweiligen Standortwechsel viele Alternde auf der Reise in die Lage versetzt, trotz vorhandener relativer Gesundheitsbeschränkungen Leistungen zu erbringen oder Belastungen zu ertragen, die zu Hause das Befinden und Verhalten viel stärker beeinträchtigen würden. Er folgert daraus, daß von solchen Erfahrungen her bei zahlreichen Altersgeschädigten ohne prozeßhaft fortschreitende Erkrankungen (oder sogar mit leichteren chronischen Krankheiten ohne Gefahren akuter Verschlimmerung) die Zügel des medizinischen Reisekonsens locker gelassen werden können, wenn ein starker innerer Antrieb zu dem Vorhaben besteht.

Besonders ältere Menschen mit leichten reaktiven Depressionen, die vielfach in der Literatur den Herzoperierten nachgesagt werden, verschafft ein erfreuliches und aktivierendes Reiseerlebnis Auftrieb (19). Unter diesem Aspekt ist es zu verstehen, daß die Herzoperierten sich nach der Reise gesundheitlich besser fühlen. Daß sie geradezu ein Be-

dürfnis nach diesem durch eine Reise vermittelten Auftrieb haben, daß sie die Abwechslung suchen und Reisen zu einem Bestandteil ihres Lebens geworden ist, geht aus der Beobachtung hervor, daß schon bald nach der Operation wieder gereist wurde. Andererseits sind die meisten der Befragten durch ihre Herzerkrankung und Operation psychisch und physisch nicht so beeinträchtigt, daß ihr Herzleiden sie am Reisen hindern könnte.

Auch für Rentner, zu denen ja die meisten der Herzoperierten zählen, gehört das Reisen zu einem wichtigen Bestandteil des Lebens. Urlaub und Reisen ist mehr als die zeitweilige und rechtmäßige Unterbrechung eines Arbeitsverhältnisses unter Fortdauer des Rechtsverhältnisses selbst, wie im Brockhaus definiert. Er dient vielmehr nicht nur der Wiederherstellung der Arbeitskraft, sondern ist beim älteren Menschen vor allem psychisch wirksam durch Abwechslung und Freude (75, 10). Bock (10) deutet die psychische Situation in der Weise, daß Alter vielfach Rückzug aus Kontakten bedeutet, ob das aus dem Gefühl veränderter Leistungsfähigkeit oder aus dem Erlebnis veränderter Darstellungsmöglichkeiten erfolge, mag dahingestellt bleiben. Auch das Alter bedarf der Abwechslung in der Lebensführung und besitzt ein Anrecht auf Ferien vom Ich. Frohe, ihr Alter bejahende Mitmenschen werde man nur haben, wenn man ihnen nicht nur die Möglichkeit zu sinnvoll empfundener Betätigung gebe, sondern auch die Chance der Begegnung mit dem Neuen und Anderen. Das hält sie elastisch und welt-offen.

Daß nicht nur Psychologen und Mediziner die Bedeutung der Reise für den älteren Menschen erkannt haben, sondern auch die älteren Menschen selbst Urlaub als wichtigen und unverzichtbaren Bestandteil ihres Lebens betrachten, zeigt nicht zuletzt auch die enorm hohe Zahl derer, die für 1981 Reisen geplant bzw. schon unternommen hatten. Sehr viele der Befragten äußerten darüberhinaus den Wunsch, über die Ergebnisse der Umfrage informiert zu werden. Dieses Interesse an Information zeigt aber auch, daß es zu wenig Literatur, zu wenige Empfehlungen und Vorschläge

zum Thema "Reisen im Alter" und "Reisen und Herzleiden" gibt, die über Verbote und Restriktionen hinausgehen.

V. Zusammenfassung

Ausgehend von der zunehmenden Bedeutung operativer Behandlung wurde in dieser Untersuchung die Lebensqualität nach Herzoperation anhand des Reiseverhaltens untersucht.

An 636 Patienten wurde im Mai 1981 ein Fragebogen zum Thema "Reise und Urlaub" geschickt, den 375 beantworteten. Bei den Befragten handelt es sich um Bypassoperierte (52 %), Patienten nach Aorten- (13 %) bzw. Mitralklappenersatz (25 %) und sonstigen Herzeingriffen (10 %).

Von den soziographischen Merkmalen mußte vor allem das relativ hohe Alter der Befragten berücksichtigt werden. 75 % waren 50 Jahre und älter. Mit Überschreiten des 50. Lebensjahres sank bei den Herzoperierten wie auch in der Normalbevölkerung der Anteil der Reisenden von 87 % auf 64 %, blieb aber zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr relativ konstant. Andere Merkmale wie Beruf, Wohnortsgröße, Schulbildung hatten auch einen Einfluß auf das Reiseverhalten, sie beeinflussen sich aber gegenseitig sehr stark, so daß die isolierte Betrachtung eines Parameters problematisch erschien. Insgesamt sind für unterschiedliche Reisegewohnheiten viele, noch nicht erfaßte Merkmale des menschlichen Lebens anzunehmen.

Die soziographischen Merkmale wurden erfaßt, um das Reiseverhalten der Herzoperierten mit dem der Normalbevölkerung vergleichen zu können. Da sich keine Unterschiede zwischen beiden Kollektiven ergaben und vor allem von denjenigen Herzoperierten Reisen unternommen wurden, die vor der Operation auch reisten, muß angenommen werden, daß die Operation keinen limitierenden Einfluß auf die Reisetätigkeit hatte.

Es ergab sich keine Abhängigkeit der Reiseintensität von der Häufigkeit bestehender Angina pectoris-Beschwerden. Von den Merkmalen einer Urlaubsreise wurden Reiseziel, Reisezeit, Reisedauer, Verkehrsmittel und sportliche Betätigung genauer untersucht mit der Reiseanalyse der Normalbevölkerung verglichen. Unter Berücksichtigung des

höheren Durchschnittsalters konnten keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Kollektiven festgestellt werden. 45 % der Herzoperierten fuhren während der Hauptreisezeit in Hauptreisegebiete, auf klimatische Schonung wurde ebensowenig Wert gelegt wie auf Ruhe und Abgeschiedenheit. 65 % der Befragten bevorzugten das Auto als Reiseverkehrsmittel.

Das Verhalten am Urlaubsort war, soweit es sportliche Betätigung betraf, in 70 % passiv, was aber für die Normalbevölkerung gleichermaßen zutrifft. Als beliebteste Sportart erwies sich das Schwimmen.

Das Verhalten der reisenden Herzoperierten wurde mit Empfehlungen der Touristikmediziner verglichen. Insbesondere Reiseziel und Reisedauer wichen erheblich von diesen Empfehlungen ab. Erholung als ein Urlaubsmotiv wurde nicht im medizinischen Sinn, d.h. als Entmüdung und Entspannung verstanden, sondern in einem umfaßenderen Sinn, wie Abwechslung, Tapetenwechsel.

Die Befragten machten positive Erfahrungen während ihrer Urlaubsreise, denn 89 % gaben Reisepläne für 1981 an. Die Reise wurde durch Beschwerden fast nie so stark beeinflußt, daß ein Reiseabbruch erforderlich war.

Die große Zahl der Herzoperierten und die Bedeutung des Reisens im Sinne von Rehabilitation und Lebensqualität einerseits, und die spärlich vorhandene wissenschaftliche Literatur andererseits, sprechen für geringe Forschungsaktivität auf diesem Gebiet. Gerade für den weiterbehandelnden Arzt, der herzoperierte Patienten berät und motiviert, sind wissenschaftliche Erkenntnisse auf diesem Gebiet zu fordern.

VI. Abbildungen

Herzoperation	Anteil am Gesamtkollektiv	
	absolut	in %
Bypass	197	52
Aortenklappen- ersatz	50	13
Mitralklappen- ersatz	92	25
sonstige	36	10
	N=375	100

Tab.1: Einteilung des befragten Kollektivs nach der Art der Herzoperation

Geschlecht	Anzahl	in %
weiblich	115	31
männlich	260	69
	N=375	100

Tab.2: GESCHLECHTSVERTEILUNG

ALTER	OPERIERTE in%		
	BYPASS	AORTENKLAPPE	MITRALKLAPPE
unter 40J:	1	14	7
40-49 J.	19	16	19
50-59 J.	44	43	50
60-69 J.	31	27	23
70J.u.älter	5	-	1
	100%	100%	100%
	N= 194	N= 49	N= 91

Tab.3: ALTERSVERTEILUNG

SCHULBILDUNG	HERZOPERIERTE (%)
VOLKSSCHULE	78
REALSCHULE	13
ABITUR	9
	100 %
	N= 370

Tab.4: SCHULBILDUNG

TÄTIGKEIT	HERZOPERIERTE (%)		
	BYPASS	AORTENKLAPPE	MITRALKLAPPE
berufstätig	29	34	19
arbeitslos	2	4	1
Zeitrente	13	12	8
erwerbsunfähig	53	50	63
	100 %	100 %	100 %
	N = 190	N = 50	N = 85

Tab.5: BERUFLICHE TÄTIGKEIT

WOHNORT Zahl der Einwohner	HERZOPERIERTE (%)
unter 10.000	43
10.000- 100.000	37
über 100.000	20
	100 %
	N= 357

Tab.6: GEMEINDEGRÖßE

BESCHWERDEN nach der NYHA	HERZOPERIERTE (%)		
	Bypass	Aortenklappe	Mitralklappe
NYHA I	18	17	11
NYHA II	43	47	41
NYHA III	23	21	27
NYHA IV	16	15	21
	N=222	N= 47	N= 86

Tab.7: Angaben der Befragten über postoperative
Angina-pectoris-Beschwerden
(Einteilung nach der NYHA-Klassifikation)
Mehrfachnennungen

ALTER	SUBJEKTIVES BEFINDEN			
	besser	gleich	schlechter	
40-49 J.	58	31	11	N= 48 100%
50-59 J.	68	22	10	N= 109 100%
60-69 J.	80	15	5	N= 69 100%
70 J.u. älter	90	10	-	N= 7 100%
	N= 177	N=60	N= 23	N=260
insgesamt:	68	23	9	100%

Tab.8: SUBJEKTIVES BEFINDEN-gemessen am Befinden
vor der Operation - IN ABHÄNGIGKEIT VOM
ALTER

VERREIST	HERZOPERIERTE (%)		
	BYPASS	AORTENKLAPPE	MITRALKLAPPE
prä-u.postoperativ	54	57	47
präoperativ, nicht postoperativ	30	23	19
nicht präoperativ, nur postoperativ	3	3	7
Nie-Reisende	13	14	27
	100 %	100 %	100 %
N= 332	N= 194	N= 49	N= 89

Tab.9: REISEVERHALTEN PRÄ- UND POSTOPERATIV

POSTOPERATIV VERREIST	HERZOPERIERTE (%)		
	BYPASS	AORTENKLAPPE	MITRALKLAPPE
JA	64	72	71
NEIN	36	28	29
	100 %	100 %	100 %
N= 261	N= 163	N= 39	N= 59

Tab.10: POSTOPERATIVES REISEVERHALTEN
DER PRÄOPERATIV REISENDEN

ALTER	VERREIST (%)			N =
	JA	NEIN		
40-49 J.	87	13	1 00%	39
50-59 J.	64	36	1 00%	114
60-69 J.	66	34	1 00%	61
70 J.u.älter	73	27	1 00%	11
				N=225

Tab.11: POSTOPERATIVES RESEEVERHALTEN IN
ABHÄNGIGKEIT VOM ALTER

ANGINA PECTORIS (pro WOCHE)	VERREIST (%)			N=
	JA	NEIN		
nie	67	33	100 %	143
bis zu dreimal	52	48	100%	113
mehr als dreimal	51	49	100 %	63
				N=329

Tab.12: POSTOPERATIVES REISEVERHALTEN UND
HÄUFIGKEIT VON ANGINA PECTORIS

VERREIST	SUBJEKTIVES BEFINDEN (%)				N=
	besser	gleich	schlechter		
JA	76	21	3	100 %	109
NEIN	65	21	14	100 %	83
					N=192

Tab.13: POSTOPERATIVES REISEVERHALTEN UND
SUBJEKTIVES BEFINDEN
(gemessen am Befinden vor der Operation)

SCHULBILDUNG	VERREIST (%)			N=
	JA	NEIN		
VOLKSSCHULE	68	32	100%	184
REALSCHULE	94	6	100%	36
ABITUR	100	—	100%	29
				N=249

Tab 14: POSTOPERATIVES REISEVERHALTEN UND
SCHULBILDUNG
(nur präoperativ Reisende)

TÄTIGKEIT	VERREIST (%)			N=
	JA	NEIN		
berufstätig	81	19	100%	85
Zeitrentner	65	35	100%	23
erwerbsunfähig	63	37	100%	125
arbeitslos	50	50	100%	17
				N=230

Tab.15: POSTOPERATIVES REISEVERHALTEN UND
ERWERBSTÄTIGKEIT

FAMILIENSTAND	VERREIST (%)			N =
	JA	NEIN		
LEDIG	75	25	100%	20
VERHEIRATET	75	25	100%	209
GESCHIEDEN	86	14	100%	7
VERWITWET	83	17	100%	18
				N=254

Tab.: REISEVERHALTEN UND FAMILIENSTAND

WOHNORT	VERREIST (%)			N=
ZAHL DER EINWOHNER	JA	NEIN		
unter 10.000	61	39	100%	105
10.000-100.000	68	32	100%	113
über 100.000	74	26	100%	65
				N=283

Tab.17: POSTOPERATIVES REISEVERHALTEN UND
WOHNORTSGRÖSSE

POSTOPERATIVE REISEN	HERZOPERIERTE (%)		
	BYPASS	AORTENKLAPPE	MITRALKLAPPE
1 REISE	54	60	52
2 REISEN	30	46	37
3 REISEN	19	30	31
	N=197	N= 50	N = 92

Tab.18: ANZAHL DER POSTOPERATIVEN REISEN
(Es konnten Angaben zu maximal drei
Reisen gemacht werden.)

ZAHL DER REISENDEN	ZEITRAUM ZWISCHEN OPERATION UND ERSTER REISE (Jahre)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	
%	47	22	13	6	4	2	2	3	100
N=	73	34	20	9	7	3	3	5	154

Tab.19: ZEITRAUM ZWISCHEN DER HERZOPERATION UND
DER ERSTEN POSTOPERATIVEN REISE

HERZOPERIERTE (%)	DAUER DER REISE (TAGE)					N=
	unter 7	7-14	15-21	über 21		
BYPASS	19	48	20	13	1 00%	103
AORTENKLAPPE	14	46	22	18	1 00%	28
MITRAALKLAPPE	16	56	23	5	1 00%	43
						N=174

Tab.20: REISEDAUER UND ART DER HERZOPERATION

ART DER BESCHWERDEN	HERZOPERIERTE ()		
	BYPASS	AORTENKLAPPE	MITRALKLAPPE
ANGINA PECTORIS	13	10	4
ATEMNOT	10	6	13
andere BESCHWERDEN	12	13	8
	N = 110	N = 31	N = 48

Tab.21: HÄUFIGKEIT VON BESCHWERDEN WÄHREND DER
URLAUBSREISE UND ART DER HERZOPERATION

REISEABBRUCH	HERZOPERIERTE		
	BYPASS	AORTENKLAPPE	MITRALKLAPPE
absolut	5	-	2
in % der Verreisten	5	-	4
in % der Beschwerden- Angeregenden	13	-	17
N	N= 110	N= 31	N = 48

Tab.22: HÄUFIGKEIT DES REISEABBRUCHS

REISEZIEL (REGION)	HERZOPERIERTE (%)		
	BYPASS	AORTENKLAPPE	MITRALKLAPPE
ALPEN			
-DEUTSCHLAND	17	19	27
-ÖSTERREICH	22 zus. 47	19 zus. 43	23 zus. 59
-übrige ALPENLÄNDER	11	5	9
DEUTSCHE MITTELGEBIRGE	17	19	11
NORD-u. OSTSEE	10	5	-
FERNREISEN	6	5	7
SÜDEUROPA	20	28	23
	100 %	100 %	100 %
	N= 85	N= 21	N= 44

INLAND	41	44	39
AUSLAND	59	56	61
INLAND und ÖSTERREICH	63	56	61
AUSLAND	37	44	39
	N= 101	N= 25	N= 44

Tab.23: HÄUFIGKEIT DER REISEZIELE

ALTER (JAHRE)	R E I S E Z I E L						N=
	ALPEN	MITTEL- GEBIRGE	NORD-u. OSTSEE	FERN- REISEN	SÜD- EUROPA		
40- 49 J.	58	8	6	11	17	100%	36
50- 59 J.	53	18	2	4	23	100%	68
60- 69 J.	50	13	15	2	20	100%	46
70 J.u. älter	33	33	-	12	22	100%	9
insgesamt	54	15	6	5	20	100%	168

Tab.24: REISEZIEL IN ABHÄNGIGKEIT
VOM ALTER

ART DER BESCHWERDEN (%)	R E I S E Z I E L				
	ALPEN	MITTEL- GEBIRGE	NORD-u. OSTSEE	FERN- REISEN	SÜD- EUROPA
BESCHWERDEN insgesamt	32	32	37	43	24
davon:					
ANGINA PECTORIS	9	8	37	-	8
ATEMNOT	12	12	-	20	3
wetterbedingte BESCHWERDEN	2	4	-	-	-
sonstige BESCHWERDEN	10	-	-	20	8
	N=91	N=26	N=10	N=10	N=39

Tab.25: REISEZIEL UND BESCHWERDEN WÄHREND
DER REISE
(Art der Beschwerden wurde nicht von
immer angegeben)

REISEMONAT	HERZOPERIERTE (%)		
	BYPASS	AORTENKLAPPE	MITRALKLAPPE
JANUAR FEBRUAR MÄRZ	13	7	9
APRIL MAI JUNI	28	43	39
JULI AUGUST SEPTEMBER	46	43	45
OKTOBER NOVEMBER DEZEMBER	3	7	7
	100 %	100 %	100 %
	N= 105	N= 28	N = 46

Tab.26: REISEMONAT

ALTER (Jahre)	MONATE (REISENDE in %)					N=
	JANUAR FEBRUAR MÄRZ	APRIL MAI JUNI	JULI AUGUST SEPTEMBER	OKTOBER NOVEMBER DEZEMBER		
40-49 J.	10	13	64	13	1 00%	39
50-59 J.	10	38	43	9	1 00%	81
60-69 J.	14	39	37	10	1 00%	51
70 J. u. älter	-	25	50	25	1 00%	3
						N=179

Tab.27: REISEMONAT UND ALTER DER REISENDEN

BERUFS- TÄTIG	MONATE (REISENDE in %)					N=
	JANUAR FEBRUAR MÄRZ	APRIL MAI JUNI	JULI AUGUST SEPTEMBER	OKTOBER NOVEMBER DEZEMBER		
JA	12	31	45	12	100%	67
NEIN	11	32	50	7	100%	96
						163

Tab.28: REISEMONAT UND ERWERBSTÄTIGKEIT

REISEZIEL	MONAT (REISENDE in %)					N=
	JANUAR FEBRUAR MÄRZ	APRIL MAI JUNI	JULI AUGUST SEPTEMBER	OKTOBER NOVEMBER DEZEMBER		
ALPEN	15	25	43	7	100%	99
DEUTSCHE MITTELGEBIRGE	4	40	52	4	100%	23
NORD- u. OSTSEE	10	30	50	10	100%	10
FERNREISEN	10	10	40	40	100%	10
SÜDEUROPA	2	37	50	11	100%	38
						180

Tab.29: REISEMONAT IN ABHÄNGIGKEIT VOM REISEZIEL

REISE- VERKEHRSMITTEL	HERZOPERIERTE (%)		
	BYPASS	AORTENKLAPPE	MITRALKLAPPE
PKW - SELBSTFAHRER	44	33	20
PKW - MITFAHRER	21	30	35
BUS	11	10	12
EISENBAHN	15	13	16
SCHIFF	1	-	-
FLUGZEUG	8	14	16
	100 %	100 %	100 %
	N= 109	N= 30	N= 49

Tab.30: WAHL DES REISEVERKEHRSMITTELS
UND ART DER HERZOPERATION

REISE- VERKEHRSMITTEL	GESCHLECHT	
	männlich	weiblich
PKW- SELBSTFAHRER	48	7
PKW- MITFAHRER	18	54
BUS	11	12
EISENBAHN	12	20
FLUGZEUG	11	7
	100 %	100 %
	N = 111	n = 63

Tab.31: WAHL DES REISEVERKEHRSMITTELS-
getrennt nach Geschlecht

REISE- VERKEHRSMITTEL (%)	ALTER DER REISENDEN (JAHRE)			
	40-49 J.	50-59 J.	60-69 J.	70 J. u. älter
PKW - SELBSTFAHRER	33	36	35	22
PKW- MITFAHRER	43	25	18	55
BUS	8	10	16	11
EISENBAHN	8	17	22	-
FLUGZEUG	8	12	9	11
	100 %	100 %	100 %	100 %
	N= 39	N= 83	N= 55	N= 9

Tab.32: WAHL DES REISEVERKEHRSMITTELS
UND ALTER DER REISENDEN

REISE- VERKEHRSMITTEL (%)	ANGINA PECTORIS (pro Woche)		
	nie	bis zu drei- mal	mehr als dreimal
PKW - SELBSTFAHRER	39	36	26
PKW - MITFAHRER	24	32	39
BUS	9	12	10
EISENBAHN	14	15	19
Flugzeug	14	5	6
	100 %	100 %	100 %
	N= 96	N= 56	N= 31

Tab.33: REISEVERKEHRSMITTEL UND HÄUFIGKEIT
VON ANGINA-PECTORIS-BESCHWERDEN

REISE- VERKEHRSMITTEL (6)	REISEZIEL (REGION)				
	ALPEN	DEUTSCHE MITTEL- GEBIRGE	NORD-u. OSTSEE	FERNREISE	SÜD- EUROPA
PKW- SELBSTFAHRER	38	58	40	-	31
PKW - MITFAHRER	40	27	-	10	25
BUS	12	-	-	-	11
EISENBAHN	10	15	60	-	3
FLUGZEUG	-	-	-	90	30
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	N= 91	N= 26	N= 10	N= 10	N= 36

Tab.34: REISEVERKEHRSMITTEL IN ABHÄNGIGKEIT
VOM REISEZIEL

SPORTLICHE BETÄTIGUNG während der Reise	HERZOPERIERTE (%)		
	BYPASS	AORTENKLAPPE	MITRALKLAPPE
JA	29	33	38
NEIN	71	67	62
	100 %	100 %	100 %
	N= 97	N= 27	N= 40

Tab.35: SPORTLICHE BETÄTIGUNG WÄHREND DER REISE
UND ART DER HERZOPERATION

SPORTART	HERZOPERIERTE (%)		
	BYPASS	AORTENKLAPPE	M I T R A L K L A P P E
SCHWIMMEN	57	78	87
WANDERN	17	22	13
SKIFAHREN	14	-	-
GOLF	4	-	-
TENNIS	4	-	-
TISCHTENNIS	4	-	-
	100 %	100 %	100 %
	N= 28	N= 9	N = 15

Tab.36: HÄUFIGKEIT DER GENANNTEN SPORTARTEN DER
SICH SPORTLICH WÄHREND DER REISE BETÄTIGENDEN
HERZOPERIERTEN

	SUBJEKTIVES BEFINDEN (postoperativ)		
	besser	gleich	schlechter
REISENDE (%)	76	21	3
N	N= 84	N= 23	N= 3
SPORTLICH AKTIVE (in % der Reisenden)	61	43	-
	N= 51	N= 10	N= 0

Tab.37: SUBJEKTIVES BEFINDEN DER REISENDEN
(verglichen mit dem Befinden präoperativ)
UND HÄUFIGKEIT EINER SPORTLICHEN
BETÄTIGUNG WÄHREND DER REISE

ALTER (JAHRE)	REISEN UND SPORTLICHE BETÄTIGUNG			
	VERREIST % N=		Sportliche BETÄTIGUNG (in% der Verreisten)	SCHWIMMEN (in % der Sporttreibenden)
40-49 J.	87	39	50	71
50-59 J.	64	114	33	79
60-69 J.	66	61	20	38
70 J. u. älter	73	11	13	100

Tab.38: REISEN UND SPORTLICHE BETÄTIGUNG WÄHREND
DER REISE IN ABHÄNGIGKEIT VOM ALTER DER
HERZOPERIERTEN

HÄUFIGKEIT VON Angina Pectoris (pro Woche)	Anteil der SCHWIMMENDEN IM URLAUB
NIE	54 %
bis zu dreimal	36 %
mehr als dreimal	10 %
	100 %
	N= 39

Tab.39: SCHWIMMEN ALS SPORTLICHE BETÄTIGUNG
IM URLAUB UND HÄUFIGKEIT VON BESCHWERDEN
IM SINNE EINER ANGINA PECTORIS

STELLUNGNAHME ZUM REISEN (Zustimmende in %)	HERZOPERIERTE (%)		
	BYPASS	AORTENKLAPPE	MITRALKLAPPE
ICH FREUE MICH DAS GANZE JAHR AUF EINE REISE	68	78	80
ICH FÜHLE MICH NACH EINER REISE GESUNDHEITLICH BESSER	66	73	82
ANZAHL DER BEFRAGTEN N=	N= 151	N= 37	N = 56

Tab.40: STELLUNGNAHMEN DER HERZOPERIERTEN
ZUM REISEN
(Anteil der den vorgegebenen Argumenten
Zustimmenden)

REISE FÜR 1981 GEPLANT	HERZOPERIERTE (%)		
	BYPASS	AORTENKLAPPE	MITRALKLAPPE
JA	89	87	84
NEIN	4	3	8
FRAGLICH	2	3	4
Schon ver- reist 1981	5	7	4
	100 %	100 %	100 %
	N= 108	N= 31	N= 50

Tab.41: REISEPLÄNE DER HERZOPERIERTEN FÜR 1981
(ZEITPUNKT DER BEFRAGUNG MAI 1981)

Fragebogen „Reise und Urlaub“

Bitte nehmen Sie sich eine ruhige halbe Stunde und bearbeiten Sie die einzelnen Fragen so genau wie möglich.

Alle Angaben, die Sie machen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Zunächst bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Wieviele Kinder haben Sie? _____

Wie alt sind ihre Kinder? 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____

Sind Sie zur Zeit berufstätig? ☐ ja ☐ nein

Welche Schulbildung haben Sie?

☐ keinen Schulabschluß ☐ Volksschule ☐ Realschulabschluß ☐ Abitur

Befinden Sie sich derzeit in Ausbildung oder Umschulung ☐ ja ☐ nein

Beziehen Sie derzeit Arbeitslosenunterstützung? ☐ ja ☐ nein

Beziehen Sie eine Zeitrente? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, wie lange bisher? _____ Monate

wie lange noch? _____ Monate

wegen der Herzkrankheit? ☐ ja ☐ nein

Beziehen Sie Rente wegen Erwerbsunfähigkeit? ☐ ja ☐ nein

Welche Gründe waren für die Dauerberentung entscheidend?

☐ ausschließlich Ihr Herzleiden.

☐ zusätzlich noch ein anderes Leiden?

Welches? _____

Welchen Beruf haben Sie erlernt? _____

Welchen Beruf üben Sie aus
oder haben Sie zuletzt ausgeübt? _____

In welchem Monat und welchem Jahr
sind Sie am Herzen operiert worden? _____ (Monat, Jahr)

Ich wohne in einer Gemeinde

☐ unter 10.000 Einwohner

☐ zwischen 10.000 und 100.000 Einwohner

☐ über 100.000 Einwohner

Bitte machen Sie nunmehr einige Angaben zu Ihrem derzeitigen körperlichen Befinden.

Haben Sie Herzschmerzen im Sinne einer Angina pectoris (= Herzenge)?

- ☐ nie ☐ höchstens 3 x pro Woche ☐ mehr als 3 x pro Woche

Bei welchen der unten stehenden Belastungen tritt Angina pectoris (= Herzenge) auf?

- ☐ Ich habe schon in Ruhe (mitunter auch nachts im Schlaf) Angina pectoris.
☐ Ich habe schon beim Gehen auf ebenem Gelände Herzschmerzen, vor allem, wenn ich mit Gleichaltrigen mithalten will.
☐ Ich komme beim Gehen in der Ebene gut zurecht, jedoch beim Treppensteigen tritt mitunter Angina pectoris auf, auch manchmal wenn ich einen ansteigenden Weg gehe.
☐ Ich habe bei alltäglichen Belastungen, bei schnellem Gehen, Treppensteigen keine Angina pectoris. Ich komme mit gleichaltrigen Gesunden ohne Beschwerden im Gehen mit, auch bergauf.

Haben Sie Beschwerden im Sinne von verstärkter Atmung oder auch Atemnot?

- ☐ nie ☐ höchstens 3 x pro Woche ☐ mehr als 3 x pro Woche.

Bei welchen Belastungen tritt diese Atemnot auf?

- ☐ Bereits in Ruhe können ohne erkennbaren Grund Anfälle von Atemnot auftreten.
☐ Schon beim Gehen in der Ebene tritt Atemnot auf.
☐ Beim Gehen auf ebenem Gelände tritt keine Atemnot auf, jedoch beim Treppensteigen und Bergaufgehen.
☐ Bei alltäglichen Belastungen tritt nie Atemnot auf, auch beim Treppensteigen, schnellem Laufen und Bergaufgehen.

Atemnot und Angina pectoris können auch zusammen auftreten. ☐ ja ☐ nein

Wie fühlen Sie sich seit Ihrer Herzoperation?

- ☐ mir geht es besser als vor der Operation
☐ etwa so gut wie vor der Operation
☐ insgesamt schlechter als vor der Operation

Seit wieviel Jahren haben Sie Herzbeschwerden?

Seit ca. _____ Jahren vor meiner Herzoperation.

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Wir möchten zunächst in allgemeiner Form erfahren, was Sie vom „Verreisen“ und „Urlaubmachen“ halten.

Bitte kreuzen Sie das Kästchen mit der für Sie am ehesten zutreffenden Aussage an!

	stimmt	stimmt nicht	weiß nicht
Ich würde mich als reiselustig bezeichnen.	☐	☐	☐
Mir fehlte schon immer der Mut, eine größere Reise zu unternehmen.	☐	☐	☐
Reisen bedeutet Strapazen, Umstände, Trubel	☐	☐	☐
Ich ruhe mich lieber zu Hause aus.	☐	☐	☐
Ich brauche hin und wieder mal Tapetenwechsel und verreise daher gern.	☐	☐	☐
Ich hatte auch vor meiner Erkrankung schon immer viel zu tun (z. B. Kinder, Arbeiten auf dem Hof, Tiere versorgen u. a.), so daß ich gar keine Zeit hatte, zu verreisen.	☐	☐	☐
Ich bin noch nie auf die Idee gekommen, richtig Urlaub zu machen.	☐	☐	☐
Ich lerne gerne nette Leute kennen; eine Reise ist eine günstige Gelegenheit dazu.	☐	☐	☐
Zum Reisen fehlten mir immer die finanziellen Mittel.	☐	☐	☐
Ich fühle mich zu alt zum Verreisen.	☐	☐	☐
Ich freue mich schon das ganze Jahr auf eine Urlaubsreise	☐	☐	☐
Es würde mir nichts ausmachen, auf das Verreisen ganz zu verzichten.	☐	☐	☐
Auf einer Reise kann ich den Beruf, persönliche Sorgen, den Alltag für eine Weile vergessen.	☐	☐	☐
Ich interessiere mich sehr dafür, andere Länder und andere Sitten kennenzulernen.	☐	☐	☐
Ich brauche Urlaub, in dem ich mich überwiegend oder zum großen Teil sportlich betätigen kann.	☐	☐	☐
Ich habe mich meist nach einer Urlaubsreise gesundheitlich besser gefühlt.	☐	☐	☐

Haben Sie vor Ihrer Herzoperation Reisen unternommen oder Urlaub gemacht?

☐ **ja**

ich bin vor der Herzoperation verreist.

- ☐ regelmäßig in jedem Jahr
- ☐ häufig, aber nicht jedes Jahr
- ☐ manchmal

Haben Sie diese Reisen aus einem oder mehreren der folgenden Gründe unternommen?

- ☐ aus beruflichen Gründen
- ☐ aus familiären Gründen
- ☐ zu Erholungszwecken:
- ☐ im Hinblick auf Ihre Herzkrankheit
- ☐ wegen einer anderen Erkrankung

☐ **nein**

vor meiner Herzoperation habe ich größere Reisen noch nie unternommen.

Aus einem oder mehreren der folgenden Gründe bin ich nicht verreist:

- ☐ aus beruflichen Gründen
- ☐ aus finanziellen Gründen
- ☐ aus familiären Gründen
- ☐ aus gesundheitlichen Gründen
- ☐ wegen der Herzerkrankung
- ☐ wegen anderer Beschwerden

Haben Sie nach Ihrer Herzoperation eine Reise unternommen?

- ☐ **Ja:** Bitte fahren Sie auf Seite 5 mit der Beantwortung fort.
- ☐ **Nein:** Bitte überlegen Sie, welche der folgenden Behauptungen für Sie am ehesten zutreffen.

	stimmt	stimmt nicht
☛ Ich habe mich seit meiner Herzoperation noch nicht so erholt, daß ich eine Reise machen könnte.	☐	☐
☛ Da ich seit meiner Herzoperation regelmäßig Blutuntersuchungen machen lassen muß, bleibe ich lieber zu Hause.	☐	☐
☛ Ich vermeide das Tragen von Koffern, da es mich sehr anstrengt.	☐	☐
☛ Mein Arzt hat mir abgeraten, eine größere Reise zu machen.	☐	☐
☛ Ich muß eine Diät halten; da bleibe ich lieber zu Hause.	☐	☐
☛ Ich habe niemanden, der mich auf einer Reise begleitet; deshalb reise ich nicht.	☐	☐
☛ Seit meiner Herzoperation habe ich überhaupt noch nicht daran gedacht zu verreisen.	☐	☐
☛ Ich hatte seit meiner Herzoperation noch keine Gelegenheit zu verreisen:		
aus zeitlichen Gründen	☐	☐
aus beruflichen Gründen	☐	☐
aus finanziellen Gründen	☐	☐
aus familiären Gründen	☐	☐
☛ Wann glauben Sie, wieder einmal verreisen zu können?		
☐ nie mehr ☐ in einigen Jahren ☐ im nächsten Jahr ☐ noch dieses Jahr		
☛ Sonstige Gründe, warum Sie nicht verreisen:	_____	

Wenn Sie nach Ihrer Herzoperation keine Reise gemacht haben, beenden Sie hier die Beantwortung und senden Sie den Fragebogen bitte noch im Laufe einer Woche an uns zurück. Wir danken Ihnen für die Beantwortung. Ihre Ärzte vom Waldkrankenhaus St. Marien und vom Carl-Korth-Institut, Erlangen.

Wenn Sie nach Ihrer Herzoperation Reisen oder Urlaub gemacht haben, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

Falls Sie mehr als 3 Reisen nach Ihrer Herzoperation gemacht haben, wählen Sie bitte die längsten Reisen (Urlaube) aus. Fangen Sie dabei mit der letzten Reise an. Wenn Sie 1981 schon eine Reise gemacht haben, mit dieser. Nicht gemeint sind dabei sogenannte Dienstreisen, Geschäftsreisen, Aufenthalte zur Kur oder Rehabilitationsmaßnahmen der Versicherungsträger!

	1. Reise	2. Reise	3. Reise
In welchem Jahr sind Sie verreist?			
In welchem Monat sind Sie verreist?			
Dauer der Reise (in Tagen):			
Mit wem haben Sie die Reise unternommen?			
Ehepartner	☐	☐	☐
mit der Familie	☐	☐	☐
mit Freunden oder Bekannten	☐	☐	☐
allein	☐	☐	☐
Wohin genau ging Ihre Reise? (Gebiet, Ort)			
Wie wurde die Reise organisiert?			
selbst organisiert	☐	☐	☐
durch Reisebüro	☐	☐	☐
mit der Fluggesellschaft	☐	☐	☐
anderweitig			
Welches Verkehrsmittel haben Sie überwiegend benutzt?			
PKW als Selbstfahrer	☐	☐	☐
PKW als Mitfahrer	☐	☐	☐
andere Verkehrsmittel (z. B. Omnibus, Eisenbahn, Schiff, Flugzeug)			
Welche Unterkunft haben Sie überwiegend benutzt?			
(z. B. Hotel, Pension, Ferienquartier, bei Verwandten)			
Haben Sie sich während der Reise körperlich betätigt?			
(z. B. Spaziergänge, Wanderungen)			
Haben Sie sich während der Reise sportlich betätigt?			
(z. B. Angeln, Radfahren, Schwimmen, Tennis)			

Hatten Sie während einer oder mehrerer Ihrer Reisen Beschwerden, die mit Ihrer Herzerkrankung in Zusammenhang standen? ☐ nein ☐ ja

	1. Reise	2. Reise	3. Reise
Welcher Art waren diese Beschwerden?	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	☐ nein	☐ nein	☐ nein
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Welcher Art waren diese Beschwerden?

Mußten Sie wegen bestimmter Beschwerden im Urlaub oder während der Reise einen Arzt aufsuchen?
wenn ja: Was hat Ihnen der Arzt geraten?

Mußten Sie wegen dieser Beschwerden Ihre Reise abbrechen?

Möchten Sie 1981 verreisen?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß noch nicht ☐ war schon verreist

Wir danken für Ihre Mühe, die Sie mit dem Ausfüllen des Fragebogens hatten.
Wir würden uns freuen, wenn Sie uns die Bögen innerhalb einer Woche zurückschicken. Ihre Ärzte vom Waldkrankenhaus St. Marien und vom Carl-Korth-Institut, Erlangen.

VII. Literaturverzeichnis

1. ADAC-Ärztetkongreß:
Touristik-Medizin sucht den erholsamen Ausgleich.
Selecta 29, 2744 (1973)
2. Amelung, W.:
Die Indikation der Klimatherapie, Hippokrates 13,
501 (1964)
3. Amelung, W.:
Einflüsse statischer und dynamischer Klimagrößen bei
Urlaubsreisen. Der Internist 7, 262 (1971)
4. Apitz, C., H.Jungmann, W.Münker, G.Stein:
Der rehabilitierte Infarktpatient am Steuer.
Angiocardiology 2, 31 (1979)
5. Bachmann, K.:
Langzeitprognose nach Bypassoperation. In: Mitteilun-
gen der Deutschen Herzstiftung e.V. Erlangen (1981)
6. Bachmann, K., R.Zerzawy, K.Schebelle:
Kardiale Belastung des Kraftfahrers. In: Unfall- und
Sicherheitsforschung. Kongreßbericht 1978, Deutsche
Gesellschaft Verkehrsmedizin BA Straßenwesen 16, 54
(1978)
7. Bayerische Landesärztekammer:
Ärztliche Beratung in der modernen Touristik. Probleme
der Flugreisen 18, 298, München (1970)
8. Becker, K.F.:
Freizeit und Alter. Zeitschrift für Gerontologie 4, 235
(1973)

9. Beine, G.:
Rehabilitatives Training bei Koronarinsuffizienz und Herzinfarkt im Heilverfahren. In: Rehabilitative Kardiologie, Mellerwicz, H., J.Weidener, E.Jokl, Basel (1974)
10. Bock, H.E.:
Sinn und Aufgabe des Urlaubs. In: Ärztliche Problematik des Urlaubs, W.Wachsmuth, Berlin, Heidelberg, New York (1973)
11. Boehringer-Ratgeber:
Lebenswerte Jahre. Ratgeber für Herzpatienten, Mannheim (1973)
12. Borst, H.G.:
Zur Lage der Herzchirurgie in der BRD. In: Mitteilungen der Deutschen Herzstiftung e.V., Erlangen (1981)
13. Brezowsky, H.:
Die Abhängigkeit des Herzinfarktes vom Klima, Wetter und Jahreszeit. In: Archiv für Kreislaufforschung 47, 1-2 (1965)
14. Buell, J.C., R.S.Eliot:
Psychosocial and behavioral influences in the pathogenesis of acquired cardiovascular disease. American Heart Journal 5, 723 (1980)
15. Carstens, V., W.Jansen, D.W.Behrenbeck:
Die Änderung der körperlichen Belastbarkeit und Hämodynamik nach Herzklappenoperation. Therapiewoche 30, 2398 (1980)
16. Cordes, H.:
Der Klima- und Wettereinfluß in der BRD. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 5, 248 (1975)
17. Datzer, R.:
Urlaubsreisen 1980. Studienkreis für Tourismus e.V. Starnberg (1976)

18. Dambert, K.:
Wetter - Klima - Haut - bioklimatische Einflüsse des
Heilklimas. Archiv für physikalische Therapie 1, 14
(1968)
19. Delius, L.:
Urlaub, Reise Kur. In: Geriatrie in der Praxis.
Hauss, W.H., W.Oberwitter, Berlin, Heidelberg,
New York (1975)
20. Diesfeld, H.-J.:
Tauglichkeit für Reisen in warme Länger unter Berücksichtigung der Klimabelastung. Der Internist 7, 268
(1971)
21. Dillmann, E.:
Todesfälle an einer Rehabilitationsklinik für Herz-
und Kreislaufkrankheiten. Herz/Kreislauf 9, 273 (1971)
22. Donat, K.:
Zur Rehabilitation nach Herzinfarkt. Therapiewoche 31,
894 (1981)
23. Fornfeist, D.:
Urlaubsreisen 1975. Studienkreis für Tourismus e.V.
Starnberg (1976)
24. Gaumitz, E.:
Klimaphysiologische und klimatherapeutische Aspekte
des Aufenthalts im Hochgebirge. Therapie der Gegenwart, 469 (1967)
25. Gaumitz, E.:
Über Besonderheiten des Klimas im Alpenvorland und
ihre Bedeutung für die Medizin. Therapie der Gegenwart, 989 (1970)
26. Gillmann, H., K.Colberg:
Untersuchungen über die Lebensphase nach überstandenen
Herzinfarkt. Deutsche Medizinische Wochenschrift 18,
933 (1969)

27. Gottheimer, V.:
Intensives Körpertraining als Nachbehandlung und Vorbeugung des Herzinfarktes. Der Internist 6, 236 (1971)
28. Grünwald, B.:
Indikationen und Kontraindikationen dosierten Trainings in der rehabilitativen Kardiologie. In: Rehabilitative Kardiologie, Mellerowicz, H., J.Weidener, E.Jokl, Basel (1974)
29. Hahn, H., K.D.Hartmann:
Reiseinformation, Reiseentscheidung, Reisevorbereitung. Studienkreis für Tourismus e.V., Starnberg (1973)
30. Halhuber, M.J.:
Der Herz- und Kreislaufkranke als Kraftfahrer. In: Kongreßbericht 1978 Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin BA Straßenwesen 15, 54 (1978)
31. Halhuber, M.J.:
Einzelfragen zur Lebensordnung von Infarktpatienten. Therapie der Gegenwart, 879 (1970)
32. Hartmann, K.D.:
Urlaubsreisen 179. Studienkreis für Tourismus e.V. Starnberg (1980)
33. Hattingberg, J., H.Mensen:
Systematische Langzeitbehandlung nach Herzinfarkt. Münchner Medizinische Wochenschrift 51, 2524 (1961)
34. Hochrein, M.:
Leibesübungen als Mittel der Rehabilitation bei Herz- und Kreislaufschäden. In: Sport als Mittel der präventiven und rehabilitativen Medizin, Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e.V. Berlin (1975)

35. Horstkotte, D.:
Belastbarkeit, Arbeitsfähigkeit und Langzeitprognose
nach Herzklappenersatz. In: Fortbildung Kardiologie,
Kurzreferat Nr. 59, Erlangen (1981)
36. Hüllemann, K.-D.:
Sporttherapie bei Herzinfarktpatienten. In: Rehabili-
tative Kardiologie, Mellerowicz, H., J.Weidener, E.Jokl,
Basel (1974)
37. Hüllemann, K.-D.:
Bewegungstherapie in der Rehabilitation von Koronar-
kranken: Indiziert, dosiert, kontrolliert, Therapie-
woche 30, 5211 (1980)
38. Jekanovic, D., O.Adam:
Die Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Ur-
lauf. In: Ärztliche Problematik des Urlaubs, Wachsmuth,
W., Berlin, Heidelberg, New York (1973)
39. Jungmann, H.:
Freizeit, Urlaub und Erholung. Deutsches Ärzteblatt 8,
493 (1966)
40. Jungmann, H.:
Neuere Untersuchung zur Höhenanpassung. Zeitschrift
für Physikalische Medizin 3, 210 (1971)
41. Jungmann, H.:
Gefährdung bei Erkrankung von Herz, Kreislauf und
Gefäßen. In: Ärztliche Problematik des Reisens,
Wachsmuth, W., Berlin, Heidelberg, New York (1973)
42. Jungmann, H.:
Psychogene Herzrhythmusstörungen bei Koronarkranken.
Therapiewoche 31, 907 (1981)

43. Jungmann, H., G.Stein:
Telemetrische EKG-Untersuchungen bei Infarktpatienten
und Kältebelastung. Der praktische Arzt 10, 864 (1973)
44. Karvonen, M.J.:
Körperliche Aktivität und das Risiko einer koronaren
Herzerkrankung. Therapiewoche 31, 47 (1981)
45. Kleinmann, D.:
Training und koronare Herzkrankheit. Z.Allg.Med. 54,
1674 (1978)
46. Klepzig, H.:
Ärztlicher Rat für Herz- und Kreislaufkranke.
Stuttgart (1975)
47. Knaut, H.:
Herzinfarkt, Wiesbaden (1981)
48. König, K.:
Körperliche Belastung in der Rehabilitation von Koronar-
erkrankungen. In: Verhandlungen der Deutschen Gesell-
schaft für Kreislaufforschung 37, Darmstadt (1971)
49. Kongreßbericht:
Die Wiedereingliederung Herz- und Kreislaufgeschädig-
ter. In: Rehabilitation Kongreßbericht Kassel 1972,
Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Stutt-
gart (1973)
50. Krasemann, E.O., H.Jungmann:
Return to Work After Myocardial Infarction.
Cardiology 3, 190 (1979)
51. Kreuzer et al.:
Die Belastbarkeit von Patienten mit angeborenen und
erworbenen Herzfehlern nach der Operation. In: Das ge-
sunde und das kranke Herz bei körperlicher Belastung,
Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Kreislauf-
forschung 37, Darmstadt (1971)

52. Lang, E.:
Medizinische Aspekte des Freizeitverhaltens im Alter.
Zeitschrift für Gerontologie 4, 276 (1973)
53. Lewrenz, H.:
Probelamantik des Fahrens. In: Ärztliche Problematik
des Urlaubs, Wachsmuth, W., Berlin, Heidelberg,
New York (1973)
54. Loop, F.D., W.C.Sheldon, B.W.Lytle, D.M.Cosgrave,
W.L.Prondfit:
The Efficacy of Coronary Artery Surgery. American
Heart Journal 1, 86 (1981)
55. Lühr, K.:
Kurortbehandlung der Herz- und Kreislauf-Krankheiten.
München, Berlin, Wien (1971)
56. Matzdorf, F.:
Prävention und Rehabilitation, München, Berlin,
Wien (1975)
57. Möhlen, K., S.Davies-Osterkamp:
Psychische Bewältigung eines organischen Herzlei-
dens. Klinikarzt 8, 742 (1979)
58. Mohring, D.:
Touristikmedizin, Stuttgart (1977)
59. Oldridge, N.B., D.Lasalle, N.L.Jones:
Exercise Rehabilitation of female Patients with
Coronary Heart Disease. American Heart Journal 5,
755 (1980)
60. Petzold, E., A.Reindell:
Psychosomatische Aspekte nach Herzoperation. In: Klini-
sche Psychosomatik, Petzold, E., A.Reindell, Stuttgart
(1980)

61. Plavsic, C.:
Indikationen und Erfahrungen im Mittelmeerklima
unter besonderer Berücksichtigung der Kreislauf-
störungen. Therapiewoche 7, 326 (1957)
62. Roskamm, H.:
Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Langzeitprognose
als Maßstab der Bypassoperation. In: Fortbildung
Kardiologie, Kurzreferat Nr. 56, Erlangen (1981)
63. Roskamm, H., H.Reindell, K.König:
Körperliche Aktivität und Herz- und Kreislauferkran-
kung. München (1966)
64. Satter, P.:
Die operative Behandlung der koronaren Herzkrank-
heit. Therapiewoche 31, 1117 (1981)
65. Speidel et al.:
Psychosomatische Probleme in der Herzchirurgie.
Therapiewoche 28, 8191 (1978)
66. Speidel, H., Kalmar, U.Kerejarto, Ramb:
Untersuchungen zur Psychopathologie von Patienten
mit künstlicher Herzklappe. In: Chirurgische Be-
handlung bei Durchblutungsstörungen des Herzens,
Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Kreis-
laufforschung, Darmstadt (1970)
67. Der Spiegel:
Verbogene Sicht. Der Spiegel 41, 250 (1981)
68. Schade, B., H.Hahn:
Psychologie und Fremdenverkehr. In: Veröffentlichun-
gen der Akademie für Raumforschung und Landesplanung,
Forschungs- und Sitzungsberichte 53, Hannover (1969)

69. Schäfer, H.:
Wissenschaftliche Aspekte des Fremdenverkehrs.
In: Veröffentlichungen der Akademie für Raumfor-
schung und Landesplanung, Forschungs- und Sitzungs-
berichte 54, Hannover (1969)
70. Schirrmann, G.:
Die Problematik des Fliegens. In: Ärztliche Problema-
tik des Urlaubs, Wachsmuth, W., Berlin, Heidelberg,
New York (1973)
71. Schmitz-Scherzer, R.:
Alter und Freizeit, Stuttgart (1975)
72. Schmitz-Scherzer, R.:
Reisen und Tourismus. Praxis der Sozialpsychologie 4,
Darmstadt (1975)
73. Schmutzler, H.:
Quantität und Qualität des rehabilitativen Trainings
nach Herzoperation. In: Rehabilitative Kardiologie,
Mellerowicz, H., J.Weidener, E.Jokl, Basel (1974)
74. Schubert, R.:
Risikofaktoren in der Touristik des älteren Menschen.
Medizin heute 21, 4 (1972)
75. Schubert, R.:
Besonderheiten beim alten Menschen. In: Ärztliche
Problematik des Urlaubs, Wachsmuth, W., Berlin,
Heidelberg, New York (1973)
76. Schwalb, H.:
Körperliche Aktivität, Sport und Koronarerkrankungen
aus epidemiologischer Sicht. Münchner Medizinische
Wochenschrift 18, 904 (1965)

77. Stein, G.:

Vergleichende telemetrische Untersuchungen an Herzinfarktpatienten beim Schwimmen, Gehen und Laufen. Zeitschrift für Physikalische Medizin 1, 15 (1975)

78. Vogel, W., P.Doenecke, J.Volkmer, L.Belte:

Leben mit künstlicher Herzklappe. Deutsches Ärzteblatt 15, 725 (1981)

79. Wachsmuth, W.:

Besonderheiten beim alten Menschen. In: Ärztliche Problematik des Urlaubs, Wachsmuth, W., Berlin, Heidelberg, New York (1973)

80. Wagner, F.A.:

Die präparierte Urlaubslandschaft. Therapie der Gegenwart, 1093 (1970)

81. Zenker, H.:

Bioklimatische Besonderheiten im Bergland und ihre Bedeutung für Kur und Erholung. Zeitschrift für Physiotherapie 6, 437 (1971)

An dieser Stelle möchte ich Herrn Professor Dr. med.
E. Lang für die Überlassung des Themas meiner Disser-
tationsarbeit und Herrn Dr. med. F. R. Golling für
die freundliche Unterstützung bei der Abfassung der
Arbeit danken.



Lebenslauf

Am 19. Juni 1957 wurde ich als erstes Kind des Metzgermeisters Georg Gebhardt und seiner Ehefrau Helene in Witzenhausen (Hessen) geboren.

Meine Kindheit und Schulzeit verlebte ich in Bad Sooden-Allendorf, wo ich ab 1964 die Grundschule besuchte. Nachdem ich zunächst von 1967 bis 1970 auf der Realschule war, wechselte ich 1970 zum Gymnasium, an dem ich im Juni 1977 das Abitur bestand.

Nach dem Abitur absolvierte ich zunächst meinen Krankenpflagedienst, bevor ich zum Sommersemester 1978 zum Medizinstudium an der Universität Freiburg zugelassen wurde.

Seit dem Wintersemester 1978/79 studiere ich an der Universität Erlangen-Nürnberg. Im März 1980 habe ich das Physikum bestanden.

Voraussichtlich im Frühjahr 1984 werde ich das Staatsexamen ablegen.

Druck: Copy Center 2000
Obere Karlstraße 30
8520 Erlangen